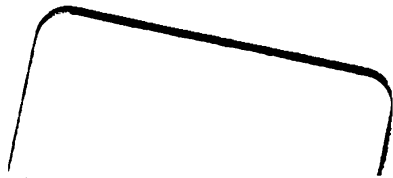


NYPL RESEARCH LIBRARIES



3 3433 05872003 2









ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ.

1891.

ТОМЪ XVII—№ 1.

# АРХИВЪ ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ

И

СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ

CLARK UNIVERSITY,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ П. Н. КОМАРОВА

MAR 9 1891

проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк.

WORCESTER, MASS

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

В. М. Автократовъ (Кіевъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Рига), Н. Н. Баженковъ (Москва), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), В. А. Брянецъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Казань), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Бухаловъ (Казань), П. А. Викторовскій (Варшава), Я. В. Гиршонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Москва), А. А. Говѣевъ (Екатеринославъ), В. Ѳ. Галенко (Умань), А. М. Головина (Болгарія), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), А. П. Драгомановъ (Петербургъ), Д. А. Дриль (Москва), М. В. Игнатъевъ (Могилевъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Норсиковъ (Москва), Е. И. Компаніѣвская-Ковалевская (Петербургъ), Д. В. Кулявскій (Могилевъ), П. Н. Лещенко (Харьковъ), проф. Н. М. Поповъ (Варшава), М. Н. Поповъ (Харьковъ), Д. И. Поляковъ (Харьковъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Москва), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), В. В. Соколовъ (Казань), К. П. Сулима (Ямполь), А. Тельнихинъ (Саратовъ), В. А. Тихомировъ (Харьковъ), А. А. Тонарскій (Москва), А. Толоконниковъ (Ярославль), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), М. И. Федоровъ (Одесса), В. Ф. Чижъ (Петербургъ), І. Б. Шергандъ (Орелъ), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), М. А. Шульгинъ (Heidelberg), А. А. Яковлевъ (Тверь) и друг.

Подписная цѣна 6 р.; экземпляры 1885, 86, 87, 88, 89 и 90 гг. по 4 р.,—1884—10 р. подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ. Типографія И. М. Варшавчика.



ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ.

1891.

ТОМЪ XVII—№ 1.

АРХИВЪ  
**ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ**

И

СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ CLARK UNIVERSITY,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ П. Н. КОМАРОВСКАГО, MAR 9 1891

проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. ун-тѣ. WORCESTER, MASS.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

В. М. Автократовъ (Кіевъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Рига), Н. Н. Баженовъ (Москва), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), В. А. Брянецъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Ботининъ (Казань), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Бухаловъ (Казань), П. А. Винторовскій (Варшава), Я. В. Гиршонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Москва), А. А. Говстевъ (Екатеринославъ), В. О. Галенко (Умань), А. М. Головина (Болгарія), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), А. П. Драгомановъ (Петербургъ), Д. А. Дриль (Москва), М. В. Игнатьевъ (Могилевъ), Н. Н. Новалевская (Харьковъ), С. С. Норсаковъ (Москва), Е. И. Компантъйская-Новалевская (Петербургъ), Д. В. Кулярскій (Могилевъ), П. Н. Лашенко (Харьковъ), проф. Н. М. Поповъ (Варшава), М. Н. Поповъ (Харьковъ), Д. И. Поляковъ (Харьковъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Москва), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), В. В. Соколовъ (Казань), Н. П. Сулима (Ямполь), А. Тельнихинъ (Саратовъ), В. А. Тихомировъ (Харьковъ), А. А. Токарскій (Москва), А. Толоконниковъ (Ярославль), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), М. И. Федоровъ (Одесса), В. Ф. Чинъ (Петербургъ), І. Б. Шергаудъ (Орелъ), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), М. А. Шульгинъ (Heidelberg), А. А. Яковлевъ (Тверь) и друг.

Подписная цѣна 6 р.; экземпляры 1885, 86, 87, 88, 89 и 90 гг. по 4 р.,—1884—10 р. подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ. Типографія И. М. Варшавчика.



## ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.
<i>Д-ръ Н. И. Наумовъ</i> , Къ казуистикѣ кататоническаго помѣшательства . . . . .	1.
<i>Д-ръ Л. А. Юнинъ</i> , Преступленіе въ состояніи запоя . . . . .	25.
<i>Проф. П. И. Ковалевскій</i> , Сифилисъ мозга и его леченіе. . . . .	41.
<i>Д-ръ А. Д. Давыдовъ</i> , Истерическая нѣмота . . . . .	79.
<i>Д-ръ П. Н. Лащенко</i> , Базедова болѣзнь и алкогольный автоматизмъ . . . . .	94.

Библиографія: *Проф. Н. П. Мерзеевскій*, О воспрещеніи публичныхъ гипнотическихъ представленій, 112. *Проф. В. Ф. Чижъ*, Лекціи по судебной психопатологіи, 112. *В. М. Бехтеревъ*, Приборы для изслѣдованія кожныхъ сухожильныхъ рефлексовъ, 113. *Д-ръ С. А. Бѣляковъ*, *Cysticera rine matris segebrgi*, 113. *Проф. Н. М. Поповъ*, Прогрессивная атрофія половины лица, 113. *Д-ръ В. П. Кузнецовъ*, Случай астазіи и абазіи при истерез, 113. *Д-ръ П. Муляничъ*, Случай микседемы, 114. *Геникъ и Воротынский*, Психометрическія изслѣдованія надъ лицами, приведенными въ состояніе гипноза, 114. *Prof. Tamburini*, О природѣ соматическихъ явленій при гипнотизмѣ, 113. *Dott. Raffaella Gucci*, Хирургическія операціи, какъ причина душевнаго расстройства, 115. *Dott. Giuseppe Seppili*, Къ ученію объ одностороннихъ галлюцинаціяхъ, 116. *Dr. Tambroni ed Stefani*, Уралій и его терапевтическое дѣйствіе при душевныхъ болѣзняхъ, 117. *Dr. Stefani*, О пульсѣ въ одномъ случаѣ *dementiae paralyticae* обусловленномъ измѣненіемъ въ аортѣ, 117. *Dr. Lorens Ueber den status epilepticus*, 118. *Eulenburg*, Объ астазіи при Базедовой болѣзни, 119. *Prof. Bernhard*, Къ этиологіи *Tabes'a*, 121. *Prof. Strümpel*, О сущности и леченіи *Tabes*, 121. *Dr. Jéré*, Бромизмъ и антисептика кишечника ядовитость мочи эпилептиковъ, 122. *Dr. Nagy*, О герединтарномъ юношескомъ триперѣ, 122. *Dr. Feist*, Изслѣдованіе мозга паранокка, 123. *Prof. Homen*, О семейномъ заболѣваніи въ формѣ прогрессивной деменціи съ особенными анатомическими находками, 124. *Dr. Bauke*, Къ терапіи сифилитическихъ заболѣваній центральной нервной системы, 125. *Dr. Winkler и Bollaen*, Наложеніе щипцовъ какъ причина идиотизма, 125. *Prof. Mendel*, Патологическая анатомія *dementiae paralyticae*, 126. *Dr. Kraepelin*, Алкоголь и чай, 126. *Dr. Ziehen*, Къ физиологіи подкорковыхъ узловъ и отношеніе ихъ къ эпилептическому припадку, 126. *Dr. Neisser*, Леченіе душевно-больныхъ пребываніемъ въ постели, 127. *Dr. Lemos*, Сенситивная эпилепсія и паралическая деменція, 127. *Dr. Jubini*, Дрожь, 127. *Dr. Ottolenghi*, Зрительное поле эпилептиковъ и прирощенныхъ преступниковъ, 128. *Prof. Pick*, Къ патологической гистологіи прогрессивнаго паралича, 128. *Dr. Kronthal*, I. Лимфатическіе капилляры въ мозгу. II. Дегенерация капилляровъ при прогрессивномъ параличѣ, 128. *Dr. Umfenbach*, I, Опыты съ *orexinum muriaticum*; II, *Chloralamud* при душевныхъ болѣзняхъ; III, *Amylenhydrat* при эпилепсіи, 130. *Prof. Kjellberg*, О никотинныхъ психозахъ, 131. *Dr. Starr*, О связи.

**АРХИВЪ  
ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ  
И  
СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ.**



# АРХИВЪ ПСИХІАТРИИ, НЕЙРОЛОГИИ

И

СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ,

издаваемый подъ редакціей П. Н. Ковалевскаго,

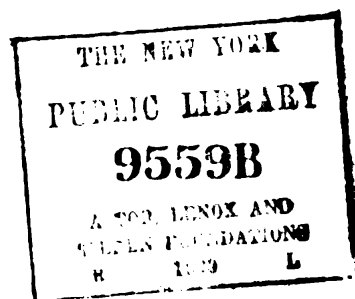
проф. психіатрии и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

В. М. Автократовъ (Кіевъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Рига), Н. Н. Баженовъ (Москва), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), В. А. Брянецъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Казань), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Букаловъ (Казань), П. А. Викторовскій (Варшава), Я. В. Гиршсонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Москва), А. А. Говстевъ (Екатеринославъ), В. Ө. Галенко (Умань), А. М. Головина (Болгарія), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), А. П. Драгомановъ (Петербургъ), Д. А. Дриль (Москва), М. В. Игнатьевъ (Могилевъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Норсановъ (Москва), Е. И. Компанѣйская-Ковалевская (Петербургъ), Д. В. Кулярскій (Могилевъ), П. Н. Лащенко (Харьковъ), проф. Н. М. Поповъ (Варшава), М. Н. Поповъ (Харьковъ), Д. И. Поляковъ (Харьковъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Москва), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), В. В. Соколовъ (Казань), Н. П. Сулима (Ямполь), А. Тельнихинъ (Саратовъ), В. А. Тихомировъ (Харьковъ), А. А. Токарскій (Москва), А. Толокинниковъ (Ярославль), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), М. И. Федоровъ (Одесса), В. Ф. Чижъ (Петербургъ), І. Б. Шергандъ (Орелъ), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), М. А. Шульгинъ (Heidelberg), А. А. Яковлевъ (Тверь) и друг.

Подписная цѣна 6 р.; экземпляры 1885, 86, 87, 88, 89 и 90 гг. по 4 р.,—1884—10 р. подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ. Типографія И. М. Варшавчика.



Дозволено цензурою. Харьковъ, Февраля 1-го дня 1891 года.



## Къ казуистикѣ кататоническаго помѣшательства.

И. И. Наумовъ.

Въ ряду случаевъ, предназначенныхъ къ напечатанію изъ клиническаго матеріала Казанской окружной лѣчебницы, обращаетъ на себя особенное вниманіе предлагаемый мною въ настоящее время вниманію читателей случай кататоническаго помѣшательства.

Этотъ случай представляетъ, какъ я думаю, весьма разнообразный интересъ. Во первыхъ, даетъ чрезвычайно полную и послѣдовательную картину одной изъ интереснѣйшихъ формъ душевнаго расстройства; во вторыхъ, наглядно констатируетъ удивительную жизнеспособность человѣческаго организма и, наконецъ, даетъ новое доказательство спасительнаго иногда значенія своевременнаго - примѣненнаго вливанія въ вены искусственнаго serum'a.

Еще въ шестидесятихъ годахъ, профес. Kahlbaum<sup>1)</sup> выдѣлилъ подъ именемъ кататоніи въ особую группу формы душевнаго расстройства, развивающіяся исключительно на дегенеративной почвѣ и характеризующіяся особеннымъ параллелизмомъ болѣзненныхъ измѣненій въ сферѣ воспріятій и представленій съ одной стороны и двигательной области съ другой. Въ 1873 году Kahlbaum далъ до того обстоятельную монографію кататоніи<sup>2)</sup>, что появившіяся послѣ того, до послѣдняго времени, правда, немногочисленныя работы<sup>3)</sup> ровно ничего существеннаго къ сказанному Kahlbaum'омъ

<sup>1)</sup> Лекціи психіатріи въ Кенигсбергскомъ университетѣ.

<sup>2)</sup> Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten, 1 Heft. Die Katatonie. Berlin. 1874 г.

<sup>3)</sup> Случаи кататоніи описали: Brosius 1877, Rust 1879, Kiernan 1882, Laufenaue 1882, Konrad 1882, Donkersloot 1883, Neuen-dorff 1883, Clevenger 1883, Hammond 1883, Spitzka 1883.

не прибавили. Профессоръ Tamburini въ своемъ сообщеніи на Сіенскомъ конгрессѣ психіатровъ <sup>1)</sup> прекрасно резюмируетъ клиническую картину, данную Kahlbaum'омъ, слѣдующимъ образомъ:

1) Меланхолическій періодъ. Обыкновенно протекаетъ тихо, не отличается отъ обыкновенной меланхоліи, но замѣтно преобладаніе религіозныхъ идей и обмановъ чувствъ. По временамъ тоническія и клоническія судороги.

2) Маниакальный періодъ. Обыкновенно проходитъ быстро, иногда достигаетъ до степени неистовства.

3) Кататоническій періодъ. Явленія pochodятъ на *melancholia attonita*, но при этомъ наблюдаются характерныя двигательныя разстройства въ формѣ или тоническихъ и клоническихъ судорогъ, или въ формѣ ригидности и продолжительной напряженности мускуловъ, или, наконецъ, (при высшей степени напряженія) въ формѣ каталептического состоянія. Этотъ періодъ продолжается недѣлями и мѣсяцами

4) Перемежающійся періодъ. Этотъ періодъ характеризуется смѣной каталептического ступора съ состояніемъ болѣе или менѣе продолжительнаго возбужденія, сопровождающагося проявленіемъ такъ называемаго *Verbigeration*. Послѣдняя проявляется постояннымъ повтореніемъ одного и того же слова, стиха, отрывка какого нибудь произведенія и повтореніемъ одного и того же жеста.

Во время этихъ припадковъ остаются частичныя или общія контрактуры, прекращающіяся, наконецъ, подъ вліяніемъ воли. По прекращеніи періода возбужденія возвращается снова ступорозное состояніе, за которымъ слѣдуетъ новое возбужденіе и такъ далѣе въ теченіе мѣсяцевъ, а иногда и нѣсколькихъ лѣтъ.

Наконецъ, наступаетъ 5) конечный періодъ, который представляетъ въ общемъ явленія слабоумія и въ большинствѣ случаевъ полнаго неизлѣчимаго апатическаго слабоумія.

Въ единичныхъ случаяхъ можетъ наступить острое слабоуміе, которое оканчивается выздоровленіемъ. Въ тяжеломъ кататоническомъ періодѣ наступаютъ тяже-

<sup>1</sup> Irrenfreund 1887 г. №№ 8 и 9, переводъ Fraenkel'я и Cionini.



лыя вазомоторныя измѣненія, каковы: застой, ціанозъ, отекъ, иногда гипостазы внутреннихъ органовъ, которые влекутъ за собой смертельный исходъ. Послѣдній, впрочемъ, чаще обуславливается туберкулѣзнымъ пораженіемъ легкихъ.

Сказаннымъ исчерпывается все существенное, касающееся кататоніи. Попытки Schüle <sup>1)</sup> дифференцировать различные виды кататоніи по содержанію бреда, а тѣмъ болѣе по отношенію къ степени дегенераціи больного, не говоря уже о справедливо отмѣченной Neisser'омъ <sup>2)</sup> только общей путаницѣ, едва ли можетъ и вообще имѣть какое либо практическое значеніе, а теоретическое и того менѣе. Продолжительныя наблюденія надъ кататониками указываютъ несомнѣнно, что у одного и того же больного можно встрѣтить въ теченіе болѣзни преемственно, а иногда и одновременно, весь комплексъ явленій, характеризующій, по мнѣнію Schüle, одну изъ предложенныхъ имъ подгруппъ кататоніи. Прекраснымъ подтвержденіемъ сказаннаго можетъ служить между прочимъ и приводимый ниже случай кататоніи.

Больной находящійся въ лечебницѣ около 4 лѣтъ, былъ преимущественно подъ спеціальнымъ наблюденіемъ цѣлаго ряда врачей. Исторія болѣзни поэтому хотя и веденная подъ общимъ руководствомъ директора естественно окажетъ нѣсколько неодинаковый характеръ. Я постараюсь съ своей стороны привести всѣ имѣющіеся наблюденія по возможности въ нѣкоторую систему и притомъ изложить всю исторію возможно кратко.

Больной С. Ф. К., 24 лѣтъ, холостой, по профессіи врачъ. Сильное предрасположеніе къ душевнымъ заболѣваніямъ, (братъ душевно-больной, между родственниками, до 4-го колѣна включительно, много нервныхъ больныхъ). Съ 13—14 лѣтняго возраста до послѣдняго времени онанируетъ, при попыткахъ *coeundi* обнаружилась *impotentia viri*; подъ вліяніемъ же удручающаго впечатлѣнія—злоупотребленіе спиртными напитками.—Въ декабрѣ 84 года—сыпной тифъ; оправившись, возвратился къ прежнимъ *excess'amъ in Baccho* и за послѣднюю недѣлю передъ заболѣваніемъ настоящимъ душевнымъ разстройствомъ выпилъ 2 бутылки коньяку, 2 бутылки спирту и  $\frac{1}{2}$  ведра водки. Въ Ок-

<sup>1)</sup> Klinische Psychiatrie, 3 изд. 1886 года, стр. 195—211.

<sup>2)</sup> Clemens Neisser, Ueber die Katatonie. Stuttgart. 1887 г.

ружную Лечебницу больной поступилъ 3-го марта 1885 г. на 5-ой недѣлѣ послѣ начала болѣзни.

Ростъ 2 аршина 15 вершковъ, тѣлосложеніе правильно, мускулатура развита хорошо; подкожный жиръ слабъ. Замѣтно значительное исхуданіе. Вѣсъ тѣла при поступленіи 204 фунта. Черепъ симметричный, окружность его 60 ст., продольный діаметръ 20 ст., поперечный 17 ст., уголъ жакера 85. Нѣбо сѣдлообразно, безъ валика. Языкъ сильно обложенъ, изо рта гнилостный запахъ, животъ вздутъ. Дыханіе, за исключеніемъ правой надключичной области, гдѣ оно носитъ неопредѣленный характеръ, вездѣ вазикулярное, но крайне поверхностно. Тоны сердца чисты, пульсъ малый—130 въ 1. Зрачки равномѣрно расширены. Выраженіе лица апатично-угрюмое. Жестикуляція и мимика ослаблены. Механизмъ рѣчи замедленъ. Температура не понижена. На электрокожное болевое раздраженіе не реагируетъ; (отсутствуетъ и рефлексъ на зрачекъ). Пателлярные и, вообще, сухожильные рефлексy понижены. Кожные рефлексy повышены.

На вопросы почти не отвѣчаетъ, держитъ голову внизъ, не знаетъ гдѣ находится и зачѣмъ привезенъ. Бѣтъ достаточно, но съ принужденіемъ; жалуется на звонъ въ ушахъ, сонъ тревожный, при малѣйшемъ шорохѣ просыпается. На прогулку добровольно не идетъ, сидитъ цѣлый день на одномъ мѣстѣ, согнувши туловище и упершись руками въ стулъ (напоминая позу эмфизематика). На 7-й день, т. е. 10 марта, сталъ упорно отказываться отъ пищи; вечеромъ легъ спать на полъ, при попыткѣ поднять—пришелъ въ возбужденное состояніе, съ выраженіемъ страха на лицѣ началъ бѣгать по комнатѣ, однако, уложенный въ постель, скоро заснулъ. Зрачки расширены, укола булавки не чувствуетъ. Вѣсъ тѣла упалъ на 198 ф. 15 марта ночью снова неожиданный и сильный припадокъ буйства; изолированный въ отдѣльную комнату тотчасъ же заснулъ и проспалъ до утра; что было съ нимъ ночью къ утру ничего не помнитъ. До 12 час. слѣдующаго дня совершенно спокоенъ, затѣмъ снова сильное возбужденіе, во время котораго успѣлъ разбить нѣсколько стеколъ и осколками поранилъ себѣ руки. Во время наложенія швовъ нималѣйшихъ признаковъ

боли не обнаружилъ. Зрачки расширены, дыханіе тяжелое. 17-го жалуется на тоску и указываетъ на нее, какъ на причину того, что разбилъ стекла наканунѣ. Лежитъ большею частью съ закрытыми глазами. Съ 18 марта больной мало по малу становится неподвижнѣе, слюни текутъ изо рта, сидитъ или лежитъ съ закрытыми глазами. 6 апрѣля замѣчено легкое каталептоидное состояніе, 8—полная каталепсія съ рѣзко выраженною восковою гибкостью. Вѣсъ тѣла 180 ф. Примѣнено искусственное кормленіе зондомъ ( $\frac{1}{2}$  штофа молока, 2 яйца 3j портвейну). 16 апрѣля явленіе уретрита. Вѣсъ тѣла 172 ф. Пульсъ дикротиченъ. 21 апрѣля. Явленіе отека ргеритіи. Задержаніе мочи, при попыткѣ сдѣлать тепловатую сидячую ванну быстрое наступленіе колющаго. 30 апрѣля. Вѣсъ тѣла 159 ф. 7 мая при изслѣдованіи легкихъ найдено: въ правомъ замѣтное притупленіе надъ и подключичной областью. Дыхательныхъ шумовъ не слышно совершенно. Вѣсъ 154 ф. Температура нижнихъ конечностей не одинакова, правая нѣсколько теплѣе лѣвой. Кожные и мышечные рефлексы повышены равномерно на обѣихъ половинахъ тѣла. Во время кормленія и сидѣнья на суднѣ появляется холодный потъ на лбу и поблѣднѣніе лица. При попыткахъ кормленія стискиваетъ челюсти, на просьбу открыть ротъ стискиваетъ ихъ сильнѣе. Дѣсны разрыхлены, при малѣйшемъ надавливаніи кровоточатъ. Иногда ночью переворачивается самъ на другой бокъ. Съ 10 мая начинается постепенное ухудшеніе въ физическомъ состояніи больного. Частая смѣна поверхностнаго частаго дыханія (до 60 въ 1') съ глубокимъ и рѣдкимъ (до 12 въ 1'). Пульсъ весьма слабъ, легко сжимаемъ. Назначенъ пептонъ Адамкевича по 3j въ клистирѣ. Конечности ниже колѣнъ совершенно холодныя (теплыя бутылки къ ногамъ). Правая сторона теплѣе лѣвой на 2°. 22 мая вѣсъ 145 ф., 23 мая—Facies Нурócratica. Дыханіе крайне поверхностное, между 20—70, ночью доходило до 80 въ 1'. Утромъ 24 мая—ціанозъ. Промежутковъ между глубокимъ и рѣдкимъ дыханіемъ почти не имѣется. Клейкій потъ на лбу. На болевые раздраженія не реагируетъ, между тѣмъ какъ при поглаживаніи кожи рукой замѣчается учащеніе дыханія. Подкожное впрыскиваніе Т—гае



Moschi (3 раза въ день) по 5 капель, поднимаетъ пульсъ слабо и не надолго. 25 мая значительный ціагнозъ. Сдѣлано вливаніе въ лѣвую *vena mediana* 0,6% солянаго раствора нѣсколько болѣе двухъ фунтовъ. Пульсъ во время самаго вливанія быстро поднялся, изъ едва ощущимаго сдѣлался полнымъ и съ 100—110 упалъ до 84—92 въ 1'. Частое поверхностное дыханіе сдѣлалось глубокимъ и рѣдкимъ. Черезъ часъ послѣ операціи кратковременный потрясающій ознобъ, послѣ котораго температура поднялась до 39,1, но быстро упала.

Первые четыре дня послѣ переливанія замѣтно общее улучшеніе. 27 мая во время кормленія сильные рефлексъ со стороны гортани, вычищено много катаральной мокроты. Замѣчены крупнопузырчатые хрипы въ правомъ легкомъ—ниже лопатки, притупленія нѣтъ. Наложень согрѣвающий компрессъ. 28 мая на нѣсколько минутъ открылъ глаза, спросилъ зачѣмъ его натираютъ и затѣмъ впалъ въ безсознательное прежнее состояніе. Кожные рефлексъ сильно повышены. Вѣсъ 142 ф. Съ 29 снова начинается ухудшеніе, пульсъ 120 въ 1', дыханіе 80. Ціагнозъ съ синеватымъ оттѣнкомъ, пульсъ слабъ. 31 мая вечеромъ вторичное вливаніе солянаго раствора 0,6% около 3½ въ лѣвую *vena mediana*, полученъ хорошій эффектъ со стороны пульса, но слабый со стороны дыханія. Къ утру дыханіе стало глубже, пульсъ 88. Операціонная рана заживаетъ вторичнымъ натяженіемъ. 3 іюня верхняя часть 2-ой операціонной раны разошлась, нижняя срослась *per primam intentionem*. 1-я операціонная рана разошлась окончательно, значительное нагноеніе, гной доброкачественный. Вѣсъ 138 ф. До 5 іюня общее улучшеніе, съ 6 іюня снова ухудшеніе: дыханіе частое и поверхностное отъ 64—80, пульсъ дикротиченъ. 7 іюня ціагнозъ, дрожаніе въ нижнихъ конечностяхъ, рѣзко выраженное *Facies Hypocritica*. 8 іюня вечеромъ влито въ третій разъ до 4½ солянаго раствора въ правую руку. Рѣзкое улучшеніе въ пульсѣ и дыханіи, лицо замѣтно оживилось. Дыханіе упало до 20, глубокаго ритма. Пульсъ 72—84, полный. Ночь провелъ спокойно,  $t^{37}$ . *Flexibilitas cerea* нѣсколько меньше, легкій ударъ по пальцамъ рукъ не вызываетъ оцѣпененія въ мышцахъ, какъ было раньше. На впечатлѣніе рѣзко реагируетъ: услыхавъ, въ то время

какъ мочился, распоряженіе собрать мочу для изслѣдованія, моментально остановилъ мочеиспусканіе. Разрѣзъ, сдѣланный для третьяго переливанія, заживаетъ первымъ натяженіемъ. Вѣсъ 134 ф. Черезъ три дня опять ухудшеніе; примѣненъ кислородъ, дѣйствіе слабое: пульсъ поднимается, но не надолго. 13 іюня, несмотря на дыханіе кислородомъ, дыханіе доходитъ до 110 въ 1'. Пульсъ между 70—84, слабый. Электроболевая чувствительность (при самыхъ сильныхъ токахъ) отсутствуетъ, электромышечная же сократительность на нижнихъ и верхнихъ конечностяхъ также отсутствуетъ, но сохранена въ мышцахъ живота и межреберныхъ (при 80 т. т. рѣзкія сокращенія). На мышцахъ лица электромышечная сократительность значительно понижена. Кожные рефлексы повышены до крайности и, видимо, болѣе на лѣвой половинѣ тѣла. Продолжаются (съ 10 мая) ежедневные питательные клистиры по вечерамъ и кормленіе зондомъ по утрамъ. Приподниманіе головы у больного вызываетъ постоянно клейкій потъ на лбу и поблѣднѣніе лица. Кислородъ дѣйствуетъ слабо. При изслѣдованіи мочи оказалось содержаніе бѣлка и значительное количество сахару. Дѣлаетъ иногда движенія, повидимому, желая перевернуться на другой бокъ, 15-го послѣ кислорода кратковременное облегченіе, дыханіе глубокое, 26 въ минуту, пульсъ 96 ударовъ—полный. Сильно гримасничаетъ, оттопыриваетъ губу и прищелкиваетъ во время каждаго дыханія зубами. Продолжается впрыскиваніе Т-гае Moschi по 6—7 капель на ночь. Раздраженія отъ пептона Адамкевича не получается. Суточное количество мочи=440 куб. с. Удѣльный вѣсъ 1026.

Съ 17-го іюня кислородъ дается уже только при появленіи ціаноза. Замѣчено, что до прихода сестры дышетъ ровно, но при ея появленіи дыханіе учащается и доходитъ до 60—80 въ 1". Гримасничаетъ сильнѣе; въ теченіе послѣдней недѣли было произведено изслѣдованіе вліянія болевыхъ раздраженій на пульсъ и дыханіе. Къ сожалѣнію никакихъ точно установленныхъ результатовъ примѣтитъ нельзя. Съ 1-го іюля замѣчается физическое улучшеніе, дыханіе значительно рѣже, питательныя клизмы и кормленіе зондомъ продолжаютъ. Вѣсъ 1-го іюля—127. По но-

Moschi (3 раза въ день) по 5 капель, поднимаетъ пульсъ слабо и не надолго. 25 мая значительный ціагнозъ. Сдѣлано вливаніе въ лѣвую *vena mediana* 0,6% солянаго раствора нѣсколько болѣе двухъ фунтовъ. Пульсъ во время самаго вливанія быстро поднялся, изъ едва ощущимаго сдѣлался полнымъ и съ 100—110 упалъ до 84—92 въ 1'. Частое поверхностное дыханіе сдѣлалось глубокимъ и рѣдкимъ. Черезъ часъ послѣ операціи кратковременный потрясающій ознобъ, послѣ котораго температура поднялась до 39,1, но быстро упала.

Первые четыре дня послѣ переливанія замѣтно общее улучшеніе. 27 мая во время кормленія сильные рефлексъ со стороны гортани, вычищено много катаральной мокроты. Замѣчены крупнопузырчатые хрипы въ правомъ легкомъ—ниже лопатки, притупленія нѣтъ. Наложень согревающій компрессъ. 28 мая на нѣсколько минутъ открылъ глаза, спросилъ зачѣмъ его натираютъ и затѣмъ впалъ въ безсознательное прежнее состояніе. Кожные рефлексъ сильно повышены. Вѣсъ 142 ф. Съ 29 снова начинается ухудшеніе, пульсъ 120 въ 1', дыханіе 80. Ціагнозъ съ синеватымъ оттѣнкомъ, пульсъ слабъ. 31 мая вечеромъ вторичное вливаніе солянаго раствора 0,6% около 3½ въ лѣвую *vena mediana*, полученъ хорошій эффектъ со стороны пульса, но слабый со стороны дыханія. Къ утру дыханіе стало глубже, пульсъ 88. Операціонная рана заживаетъ вторичнымъ натяженіемъ. 3 іюня верхняя часть 2-ой операціонной раны разошлась, нижняя срослась *per primam intentionem*. 1-я операціонная рана разошлась окончательно, значительное нагноеніе, гной доброкачественный. Вѣсъ 138 ф. До 5 іюня общее улучшеніе, съ 6 іюня снова ухудшеніе: дыханіе частое и поверхностное отъ 64—80, пульсъ дикротицентъ. 7 іюня ціагнозъ, дрожаніе въ нижнихъ конечностяхъ, рѣзко выраженное *Facies Hypocretica*. 8 іюня вечеромъ влито въ третій разъ до 4½ солянаго раствора въ правую руку. Рѣзкое улучшеніе въ пульсѣ и дыханіи, лицо замѣтно оживилось. Дыханіе упало до 20, глубокаго ритма. Пульсъ 72—84, полный. Ночь провелъ спокойно, t°37. *Flexibilitas cerea* нѣсколько меньше, легкій ударъ по пальцамъ рукъ не вызываетъ оцѣпененія въ мышцахъ, какъ было раньше. На впечатлѣніе рѣзко реагируетъ: услыхавъ, въ то время

какъ мочился, распоряженіе собрать мочу для изслѣдованія, моментально остановилъ мочеиспусканіе. Разрѣзъ, сдѣланный для третьяго переливанія, заживаетъ первымъ натяженіемъ. Вѣсъ 134 ф. Черезъ три дня опять ухудшеніе; примѣненъ кислородъ, дѣйствіе слабое: пульсъ поднимается, но не надолго. 13 іюня, несмотря на дыханіе кислородомъ, дыханіе доходитъ до 110 въ 1'. Пульсъ между 70—84, слабый. Электроболевая чувствительность (при самыхъ сильныхъ токахъ) отсутствуетъ, электромышечная же сократительность на нижнихъ и верхнихъ конечностяхъ также отсутствуетъ, но сохранена въ мышцахъ живота и межреберныхъ (при 80 т. т. рѣзкія сокращенія). На мышцахъ лица электромышечная сократительность значительно понижена. Кожные рефлексы повышены до крайности и, видимо, болѣе на лѣвой половинѣ тѣла. Продолжаются (съ 10 мая) ежедневные питательные клистиры по вечерамъ и кормленіе зондомъ по утрамъ. Приподниманіе головы у больного вызываетъ постоянно клейкій потъ на лбу и поблѣднѣніе лица. Кислородъ дѣйствуетъ слабо. При изслѣдованіи мочи оказалось содержаніе бѣлка и значительное количество сахара. Дѣлаетъ иногда движенія, повидимому, желая перевернуться на другой бокъ, 15-го послѣ кислорода кратковременное облегченіе, дыханіе глубокое, 26 въ минуту, пульсъ 96 ударовъ—полный. Сильно гримасничаетъ, оттопыриваетъ губу и прищелкиваетъ во время каждаго дыханія зубами. Продолжается впрыскиваніе T-гае Moschi по 6—7 капель на ночь. Раздраженія отъ пептона Адамкевича не получается. Суточное количество мочи=440 куб. с. Удѣльный вѣсъ 1026.

Съ 17-го іюня кислородъ дается уже только при появленіи ціаноза. Замѣчено, что до прихода сестры дышетъ ровно, но при ея появленіи дыханіе учащается и доходитъ до 60—80 въ 1". Гримасничаетъ сильнѣе; въ теченіе послѣдней недѣли было произведено изслѣдованіе вліянія болевыхъ раздраженій на пульсъ и дыханіе. Къ сожалѣнію никакихъ точно установленныхъ результатовъ примѣтить нельзя. Съ 1-го іюля замѣчается физическое улучшеніе, дыханіе значительно рѣже, питательныя клизмы и кормленіе зондомъ продолжаются. Вѣсъ 1-го іюля--127. По но-

чамъ дѣлаетъ значительныя попытки ворочаться съ боку на бокъ. На вертлугахъ обѣихъ бедеръ, а также и на тазовыхъ костяхъ частое появленіе красноты, уступающей смазыванію Ol. Camphorat. Мокрота отхаркивается трудно, остается во рту и присыхаетъ къ твердому нѣбу, Частое помазываніе глицериномъ. Съ 4-го іюля вставленіе зонда затруднительно, вслѣдствіе сжатіе глотки; усиленныя дозы пептона Адамкевича до 1½ grо dosi. Слабитъ начало чаще и самопроизвольно, каловыя массы ничего особеннаго не представляютъ. Суточное количество мочи увеличивается.

Съ 11-го іюля значительное улучшеніе, дыханіе и пульсъ лучше, ворочается настолько сильно, что сбрасываетъ съ себя одѣяло. Краснота вертлуговъ увеличивается. Вѣсъ 16-го іюля 120 ф. Глотательныя движенія возстанавливаются, свободно проглатываетъ 3—4 чайныхъ ложки воды. Съ 20-го іюля пептонъ Адамкевича уменьшенъ на 2 драхмы, дается американскій бульонъ. Блѣдность лица меньше, дыханіе не превышаетъ 40 въ 1". Пульсъ довольно полный—80—90 въ 1". 30 іюля глотаніе на столько улучшается, что зондъ оставленъ, принимаетъ очень хорошо американскій бульонъ; пьетъ молоко; все вливается въ ротъ чрезъ мензурку. Изрѣдка хотя и не надолго открываетъ глаза. Вѣсъ 30 іюля 128 ф. Съ 6-го августа начинается новое паденіе вѣса—126 ф. 13-го августа вѣсъ 124 ф. Съ 20 августа общее ухудшеніе идетъ рѣзко впередъ; движенія слабѣе, изрѣдка ціанозъ. Усиленное питаніе молокомъ, коньякомъ, яйцами, снова назначенъ пептонъ Адамкевича 3-го сентября вѣсъ 120 ф., 15 сентября вѣсъ 118 ф. 9-го октября утромъ значительный коляпсъ, питаніе затруднено. Не смотря на подкожное впрыскиваніе, ціанозъ продолжается, вечеромъ введено 2¾ соляного раствора 0,6% въ руку, Во время операціи плакалъ отъ боли. Эффектъ отъ трансфузіи не особенно значителенъ, устраненъ лишь одинъ коляпсъ, глотаніе свободнѣе, пилъ молоко съ 5 каплями мускуса, быстро заснулъ. Отъ 10 до 15 перемѣнъ нѣтъ. Вѣсъ 117 ф. Съ 20-го октября значительное ухудшеніе, движенія слабы и рѣдки, дыханіе 60—90. Животъ вздутъ несмотря на согрѣвающие



компрессы. Большой пролежень на лѣвомъ вертлугѣ. Получаетъ 8 чайныхъ ложекъ мясного порошка, 2 унца коньяку, 2 яйца и 2 штофа молока. Тоны сердца глухи на столько, что едва слышны чрезъ стетоскопъ. Пульсъ слабый, дыханіе 90—110 въ 1', крайне поверхностное. 22-го октября пятое вливаніе соляного раствора въ руку 5½ ф. о, 6‰, особаго эффекта на дыханіе не произошло, но пульсъ упалъ до 10—12 ударовъ въ 1'. Вскорѣ уснулъ, даже со всхрапываніемъ, дыханіе ровное. Въ слѣдующіе дни особеннаго улучшенія не замѣчено, хотя питаніе удовлетворительно; не надолго открываетъ глаза и смотритъ по сторонамъ. Вѣсъ 118 ф. Цианоза нѣтъ.

4-ая рана зажила первичнымъ натяженіемъ. При обмываніи тѣла и головы мыльнымъ спиртомъ все время сидитъ, разсматриваетъ бѣлье, руки, при обмываніи полового члена быстрая эрекция. Съ 2-го ноября значительное улучшеніе психическаго состоянія, исполняетъ требованія врача, при кормленіи самъ открываетъ ротъ, при первомъ требованіи переворачивается съ боку на бокъ, озирается по сторонамъ. Дыханіе 70 въ 1', ночью же дышетъ спокойно 20 въ 1'. 5-го ноября вѣсъ 119½ ф. Снята повязка съ послѣдней раны, окончательное заживаніе. Съ 1-го декабря психическая жизнь день ото дня все болѣе и болѣе проявляется. Промежутки времени, напр., между требованіемъ повернуться и исполненіемъ постепенно становятся короче. Ежедневно по нѣсколько разъ открываетъ глаза и смотритъ. Каталептоидное состояніе быстро исчезаетъ. Мочится иногда подъ себя, но при входѣ надзирателя указываетъ пальцемъ, что подъ нимъ мокро. Самъ пытается надѣвать рубашку. По ночамъ по прежнему дышетъ совершенно спокойно. Вечеромъ послѣ клизмы нехотѣлъ, повидимому, ложиться спать и при подниманіи съ судна сталъ сильно дригать ногами; положенный въ постель перемѣнилъ ритмъ дыханія съ 80 на 18 въ 1'. Пьетъ воду изъ стакана. Сопротивляется клизмѣ, --- какъ только слышитъ отдаваемое приказаніе, закрываетъ рукой anus и наблюдаетъ, чтобы не сдѣлали надъ нимъ насилія. На вопросы отвѣчаетъ мотаніемъ головы быстро и хорошо. Жестами проситъ поставить согрѣвающій компрессъ,

дать пить и т. д. Вѣсъ 118 ф. 13 декабря написалъ на бумагѣ, что желаетъ пить какао на водѣ, проситъ купить портвейну; при свиданіи съ сестрой, письмен-но же требуетъ дать на чай слугителю, который за нимъ ходитъ. Дыханіе до 60 въ 1', причемъ въ то время какъ пишетъ или слушаетъ, дышетъ нормально. Лежитъ по цѣлымъ часамъ съ открытыми глазами. Когда не понимаютъ его жестовъ, сердится и невнятно что-то произноситъ. Съ каждымъ днемъ дѣлается капризнее и требовательнее: то молоко горячо, то холодно, то компрессъ не такъ повязанъ. Во время сна дыханіе отъ 17—24, днемъ до 64 въ 1'. Процессъ въ груди обостряется, 16 декабря т° съ 36, 4 доходитъ до 39, 5, жалуется на слабость, боль въ головѣ. Въ правомъ легкомъ сзади слышно бронхиальное дыханіе, въ лѣвомъ громкое вазиккулярное подъ ключицей. Дыханіе участилось до 104 въ 1', пульсъ 96 въ 1'. Вѣсъ 114 ф. Произноситъ нѣкоторыя слова. Пишетъ на бумагѣ свои желанія, причемъ замѣчено полное сохраненіе памяти. 19 декабря—небольшой ознобъ. При выслушиваніи легкихъ, въ правомъ жесткое дыханіе усиливается. Въ психическомъ состояніи улучшение быстро прогрессируетъ: слова „пить“, „не надо“, „не такъ“, выговариваетъ уже ясно. Замѣчается сильная возбудимость чувствъ и раздражительная слабость. 23 декабря вѣсъ 121 ф. Отъ неисполненія его просьбы, хотя не основательной, начинаетъ сильно волноваться и на глазахъ показываются слезы. Температура упала до 36, 5. Когда ничѣмъ не занятъ, дѣлаетъ сильныя дыханія и глотаетъ воздухъ. 27-го декабря т° колеблется между 37—38. Аппетитъ усиленный, жалуется на голодъ. Получаетъ въ день 6 яицъ, 8 чайныхъ ложекъ мясного порошка, бифштексъ, котлету, 4 штофа молока, 2 унца коньяку, кромѣ всего этого проситъ киселя, который ему и назначается. Появляется вздутіе живота, вялость въ движеніяхъ, нѣсколько апатичное настроеніе. Яйца отмѣнены. 30 декабря вѣсъ 131 ф.

3-го января 1886 года подробное обследованіе легкихъ, кромѣ слегка жесткаго дыханія подъ правой ключицей ничего особеннаго не даетъ. При изслѣдованіи мокроты больного коховскихъ бациллъ въ ней

не обнаружено. Съ 4 по 6 болѣе оживленъ, обнаруживаетъ хорошую память, требуетъ исполненія всѣхъ распоряженій доктора, отданныхъ даже за нѣсколько дней. Пульсъ 84, дыханіе около 30. 7 января вѣсъ 132 ф., слѣдовательно, въ продолженіе 20 дней прибылъ на 18 ф. Больному начато систематическое растяженіе нижнихъ конечностей, такъ какъ, вслѣдствіе постоянно согнутаго положенія колѣнъ, развилось укороченіе связочнаго аппарата и больной вполне выпрямить конечности не можетъ. При долгомъ сидѣніи на креслѣ появляется ціанозъ нижнихъ конечностей и легкій отекъ, который къ утру пропадаетъ. 14 января вѣсъ 137 ф., 21 января 149 ф., 28 января 164 фун. Съ 1 января улучшеніе контрактуры настолько значительно, что вытяженіе конечностей оставлено. Температура тѣла нормальна, пульсъ полный, 82 въ 1', дыханій 22 въ 1', довольно глубокихъ. На предложеніе говорить упорно отказывается и даже хмурится и сердится, если сильно на этомъ настаиваютъ. Путемъ комбинированныхъ вопросовъ удается добиться, что не говоритъ потому, что къ чему-то прислушивается. Раздражительная слабость продолжается, то больной веселъ, смѣется, вспоминаетъ о театрѣ, то изъ-за малѣйшихъ пустяковъ волнуется и даже плачетъ. Спитъ по ночамъ еще тревожно. При изслѣдованіи кожныхъ рефлексовъ оказалось, что, хотя они еще повышены, но не въ такой степени, какъ это было во время неподвижнаго его состоянія. Какъ и прежде, на лѣвой половинѣ тѣла кожные рефлексы болѣе повышены, чѣмъ на правой. Осязательная чувствительность, болевая, чувство давленія совершенно возстановились. Очень доволенъ, что прибываетъ въ вѣсъ. Въ разговорѣ припоминаетъ, хотя и смутно, какъ ему послѣдній разъ переливали соляной растворъ: о томъ же, какъ попалъ въ лѣчебницу не помнить. При пробужденіи очень удивился, увидавъ у себя рубцы на рукахъ отъ обрѣзовъ стеклами. Пишетъ всѣ отвѣты и просьбы на бумагѣ, когда раздраженъ, прорываются слова „не такъ, не надо“ и т. п. Очень заботится о своемъ здоровьѣ, провѣряетъ каждое лекарство, которое ему даютъ, нѣкоторыя средства оспариваетъ. 21 января первый разъ пробовалъ сидѣть, вѣсъ

149 ф. Съ 23 января сидитъ по-долгу въ креслѣ, мясной порошокъ оставленъ, получаетъ курицу, котлеты, бульонъ и т. п., ѣстъ съ жадностью. 28 января вѣсъ 164 ф. Суточное количество мочи 2100 к. с., удѣльный вѣсъ 1018. Бѣлка нѣтъ, но фосфаты въ обильномъ количествѣ. 4 февраля вѣсъ 171 ф., 10 февраля началъ говорить. Объясняетъ свое молчаніе тѣмъ, что боялся надорвать грудь разговоромъ. Появляется нѣкоторая прихотливость вкуса, котлета замѣнена штучфатомъ, отъ излишка молока отказывается. 11 февраля вѣсъ 185 ф. 14—переведенъ въ спокойное отдѣленіе, очень доволенъ и веселъ. При распросахъ о болѣзни, не имѣлъ ли галлюцинацій, иллюзій, отвѣчаетъ, что ничего не помнитъ. 20, пробовалъ ходить со стуломъ на колесахъ; ѣстъ меньше; спитъ хорошо и спокойно. 28 февраля вѣсъ достигъ 201 ф. Читаетъ съ удовольствіемъ легкіе романы. Просится гулять. 2-го марта первый разъ поѣхалъ кататься въ саняхъ, затѣмъ начинаются ежедневные прогулки.

Съ 8 марта дѣлается сосредоточеннѣе, разговариваетъ мало, уединяется въ свою комнату. Почти пересталъ читать, увѣряетъ, что у него мало мыслей, при свиданіи съ сестрой больше молчитъ. На распросы докторовъ большею частью отвѣчаетъ «не помню». Требуегъ постной пищи. Съ 23 марта пульсъ сталъ учащаться, начиная съ 96 дошелъ до 110 въ 1'. Въ вѣсѣ убыль на 2 фунта. Утромъ 25 марта внезапно бросился къ дверямъ въ церковь, но на окликъ остановился. Вслѣдъ за этимъ больной перешелъ въ неподвижное состояніе. Слюни текутъ изо рта, лицо покраснѣвшее съ цианотическимъ оттѣнкомъ, пульсъ ускоренный 120 въ 1' аритмиченъ, кожные рефлексы повышены. Уложенъ въ постель около 12 ч., легкое каталептоидное состояніе. 27. Лежитъ все время на спинѣ. При массажѣ живота смѣется. Частое появленіе эрекцій. Съ 29 болѣе оживленъ, на вопросы отвѣчаетъ, часто улыбається. Лежитъ неподвижно и фиксируетъ глаза вправо, на одну и ту же точку. Бреда не замѣчается. Приходомъ родныхъ доволенъ. Вѣсъ 210 ф. Дыханіе болѣе глубокое, явленія конгестіи головного мозга еще сильно выражены. Каталептоидное состояніе еще продол-

жается <sup>1)</sup>. 4 апрѣля при обслѣдованіи больного найдено: зрачки равномѣрны, на свѣтъ реагируютъ, воздушная проводимость звука симметрична, осязательная чувствительность и мышечное чувство сохранены. Болевая чувствительность симметрична, но значительно понижена. Обонятельныя ощущенія правильны. Рефлексы, какъ болевой, такъ и осязательный въ высшей степени повышены. Въ легкихъ подъ ключицами жесткій прерывистый везикулярный шумъ. При пассивныхъ движеніяхъ толчокъ сердца дѣлается усиленнымъ, пульсъ ускоряется, но въ тоже время на конечностяхъ появляется ціанозъ.

Съ 6 апрѣля дѣлается апатичнымъ, видимо, находится подъ вліяніемъ галлюцинацій. Общее впечатлѣніе автомата, поддающагося внушеніямъ и приказаніямъ. Если ему подають горшокъ, онъ мочится, въ противномъ случаѣ мочится подъ себя, если подають пищу—ѣстъ, но самъ не попроситъ. Присутствіе галлюцинацій отвергаетъ. Лишь на энергичное привѣтствіе и, видя протянутую руку врача, медленно и нерѣшительно вынимаетъ изъ-подъ одѣяла свою руку и подаетъ ее. Слюни текутъ изо рта, къ чему больной относится равнодушно. Нерѣдко улыбается, сообщаетъ, что находится въ состояніи полусна, иногда видитъ разнаго рода фигуры, свѣтлыя полосы и звѣздочки; неопрятенъ. 15 апрѣля вѣсъ 200 ф., т. е. за 2 недѣли убавился на 10 фунтовъ. 24 апрѣля громко разговариваетъ самъ съ собой, не стѣсняясь присутствіемъ постороннихъ лицъ. Предметъ разговора разнообразный, высказываетъ свое мнѣніе о политикѣ, вспоминаетъ о профессорѣ Груберѣ, критикуетъ діагнозы врачей лечебницы. 29 апрѣля вѣсъ 197 ф. Съ конца апрѣля начинаетъ плохо спать, много ходитъ по комнатѣ, иногда даже танцуетъ. Отказывается не только гулять, но даже не одѣвается, ѣбаетъ по комнатѣ, хлопаетъ въ ладоши, колотитъ ногами объ полъ. 7 мая разбрасываетъ одѣяло, подушки, кричитъ громко «Георгій побѣдоносецъ», сидя на столѣ качается впередъ и назадъ, утверждая, что ѣдетъ по желѣзной дорогѣ. Движенія эти, по его словамъ, заставляетъ дѣлать какая то сила, противостоять

<sup>1)</sup> Съ 3 марта 1885 г. до 4 апрѣля 1886 г. наблюденія д-ра Бранцева.

которой онъ не можетъ; если его удерживаютъ, то качается еще сильнѣе. Спитъ очень мало. Съ 19-го мая начинаетъ утверждать, что черный хлѣбъ даютъ ему искусственный, что французскій хлѣбъ отравленъ окисью углерода черезъ вентиляціонныя рѣшетки, усыпляютъ его посредствомъ колокольнаго звона. Говоритъ, что онъ находится въ публичномъ домѣ, такъ какъ ночью его раздражаютъ женщины. Всюду заглядываетъ и прислушивается къ чему то, находится въ постоянномъ движеніи. Дѣятельность сердца хороша. Гиперестезія обонянія и обонятельныя галлюцинаціи и иллюзіи, (сапоги и все воняетъ). Аппетитъ доходитъ до обжорства.

3 іюня вѣсъ тѣла—197 ф. Сначала іюня содержаніе бреда рѣзко измѣняется. Больной рассказываетъ, что онъ находится въ рукахъ интернаціоналистовъ и самъ ихъ приверженецъ. Живетъ близъ Парижа. Въ верхнемъ этажѣ находятся аристократы, а внизу—приверженцы рабочей силы. Постоянно дѣлаетъ гимнастику. Твердитъ: (verbigeratio) «ты пѣшка и я пѣшка». Всѣхъ окружающихъ называетъ по имени, но прибавляетъ къ фамиліи quasi. Дѣятельность сердца хуже. Неопрятенъ. Спитъ плохо. Разговариваетъ съ кѣмъ то въ вентиляціонныя отверстія. Утверждаетъ, что въ верхнемъ этажѣ живутъ заправители общества, а внизу—пѣшки. Себя больной считаетъ за пѣшку. 16 іюня вѣсъ тѣла 197 ф., дѣятельность сердца улучшилась. Больницу считаетъ за заграничный публичный домъ. 4 іюля. Говоритъ: «Я царь Сергѣй Котеловъ». Неопрятенъ. Сильныя галлюцинаціи слуха. Часто кричитъ «молчать». Возбужденъ, бѣгаетъ по комнатѣ, послѣднюю недѣлю бредъ безсвязный. Сонъ плохой. 15 іюля вѣсъ тѣла 183 ф. 22 іюля—181 ф. <sup>1)</sup>).

Съ 27 іюля бредъ принялъ болѣе опредѣленный характеръ; подозреваетъ, что всѣ здѣсь отравлены, противится изслѣдованію. Врачъ спрашиваетъ: «какого университета? Парижскаго»? «Оставьте меня въ покоѣ, а то васъ поколочу». Причемъ замахиваетъ рукой, но не особенно энергично, такъ что, придерживая его руки, можно легко изслѣдовать. 29 іюля вѣсъ 183 ф. 5 августа вѣсъ

<sup>1)</sup> Съ 4 апрѣля до 27 іюля наблюденія д-ровъ Целерицкаго, Мальцова и Наумова.

188 ф. 6 августа при входѣ врача больной самъ протянулъ руку и пожалъ, улыбался, не бредилъ. Просилъ туфли и халатъ. Выразилъ желаніе видѣть директора, но при свиданіи заявилъ, что это Левъ II, а ему надо Льва I. Къ больнымъ относится съ пренебреженіемъ, говоритъ, что это идіоты, не пускаетъ ихъ къ себѣ въ комнату. 16 августа неопрятенъ, снимаетъ бѣлье и имъ подтираетъ полъ, находя его грязнымъ. На вопросъ почему обнаженъ, отвѣчаетъ, что даютъ ему нѣмецкія рубахи, пропитанныя ядовитой жидкостью; поэтому онъ надѣнетъ только такую, которая не будетъ пахнуть. 20 августа о мѣстѣ своего нахожденія полагаетъ, что находится по дорогѣ къ Парижу. 28 августа крайне неопрятенъ, испражняется въ комнатѣ. Послѣ вечерняго чаю помочился въ кружку, пилъ самъ и угощалъ другихъ своею мочою, находя, что «это очень полезно, избавитъ отъ всѣхъ запаховъ и пахнетъ хорошо». Обтираетъ себя мочою, мочитъ въ своей уринѣ бѣлье, мочу смѣшиваетъ съ пищей, чаемъ и это употребляетъ, находя очень вкуснымъ: «какъ пріятенъ и ѣдокъ запахъ такой пищи». Обмазывается каломъ. 31 августа вѣсъ тѣла 188 ф. Вербигерация по прежнему по содержанію не всегда одинакова. Проходя изъ ванны въ номеръ подсѣлъ къ больному Ф. и, указывая на врача тутъ же сидящаго, говорилъ: «ударъ его, ударъ, онъ врачъ. Я, тоже, врачъ. Ударъ его хорошенько». 1 сентября какофагія. 4 сентября ѣстъ известку, говоря, что ему «нужна известъ для пополненія недостатка ея въ костяхъ его. Онъ врачъ и знаетъ это». 6 сентября возбужденъ, нападалъ на служащихъ. 7 сентября въ свободный отъ бреда промежутокъ весьма логично высказалъ свои свѣдѣнія по политической экономіи. 9 сентября читалъ и удовлетворительно передавалъ прочитанное. Шепчетъ врачу, что онъ „всѣмъ раздѣлитъ свое имѣніе“. 12 сентября вѣсъ тѣла 194 ф. Крайне неопрятенъ, пьетъ мочу, обтираетъ ею свое тѣло и полъ. Сильная вербигерация. 19 сентября опрятенъ, спокоенъ, занимается чтеніемъ. Врачу шопотомъ предлагаетъ 100 руб. въ вознагражденіе за завтракъ, который получаетъ. 19 сентября не опрятенъ только ночью. Былъ на работѣ. Работалъ усердно и, вернувшись съ ра-

ботъ, былъ очень доволенъ, благодарилъ врача за прогулку. 22 сентября ночь совершенно не спалъ, махалъ руками, жестикулировалъ. Днем ходилъ на работу. Вернувшись просилъ папироску, но, получивъ отказъ, сказалъ: «ну такъ я буду обтирать плечомъ стѣну, буду ходить, нарочно дѣлать такъ». Получивъ папироску, все-таки стучалъ, обтиралъ плечомъ стѣну и затыкалъ уши, вкладывая куски ваты и бумаги. 25 сентября. Послѣ работы спалъ хорошо, но проснувшись сильно жестикулировалъ, обтиралъ стѣнки плечомъ, головой, говоря, что «ему нужна известъ, которая такимъ путемъ скорѣе войдетъ въ него, а черезъ ротъ путь длиннѣе».

1-го октября. Работы оказываютъ на больного очень благотѣльное вліяніе: сонъ у него крѣпкій, аппетитъ хорошій. 11-го октября вѣсъ тѣла 202 ф. Вербигераціи нѣтъ. Больной опрятенъ. 14-го октября больного навѣстила его сестра, которую онъ узналъ и говорилъ съ ней продолжительное время, припомнивъ въ разговорѣ многое изъ своего пребыванія въ лечебницѣ. 20-го октября ходитъ обнаженный. На просьбу врача одѣться, отвѣчаетъ, что слушать его не желаетъ и никого не будетъ слушать кромѣ «ключей Гальева» (служителя). 24 октября вѣсъ тѣла 198 ф. Къ окружающимъ его больнымъ относится съ пренебреженіемъ, называя ихъ болванами и жалуясь на то, что съ ними нельзя сказать слова. Ночью неопрятенъ. Объясняетъ это тѣмъ, что служителя кладутъ въ такое положеніе его тѣло, что онъ не можетъ не мочиться. Служителя это дѣлаютъ тогда, когда онъ спитъ и не слышитъ. 29 октября одѣтъ, держитъ себя прилично. 14 ноября. Неопрятенъ только по ночамъ. Себя считаетъ здоровымъ, жалуется на скуку, проситъ перевести его въ другое отдѣленіе, такъ какъ ему тутъ скучно, «не съ кѣмъ слова сказать, все мужичье», а ему нужны развлечения «устроить бы что нибудь общее, напр. танцы, нужно общество». Отправленія органовъ растительной жизни удовлетворительны. 2 декабря вѣсъ тѣла 212 ф. Спокоенъ, ведетъ себя сдержанно, платья не рветъ, опрятенъ. Переведенъ въ среднее отдѣленіе. 8 декабря переведенъ обратно въ трудное отдѣленіе. Вѣсъ тѣла 210 ф. По ночамъ не спитъ, вслѣдствіе зритель-



ныхъ галлюцинацій, безпокоящихъ больного и галлюцинацій общаго чувства, то больному кажется, что двигаются ставни въ окнахъ, то, какъ только онъ ляжетъ на койку, чувствуетъ «зыбь» подъ собой. Отчего онъ уходилъ изъ отдѣльной комнаты, гдѣ былъ, въ залу, ложился на диванъ и тамъ уже засыпалъ. 12 декабря ночью сонъ тревожный. Неопрятенъ. 18 декабря. Грязнить бѣлье, вытираетъ имъ полъ и стѣны и требуетъ ежедневной смѣны бѣлья. Въ то же время извиняется передъ врачомъ въ своей неопрятности, говоря, что бѣлье дають грязное, отчего иногда вовсе не надѣваетъ его и ходитъ въ верхнемъ платьѣ безъ бѣлья. 30 декабря вѣсъ тѣла 203 ф. Сонъ удовлетворителенъ. Больной рѣже снимаетъ платье, послушенъ, опрятенъ <sup>1)</sup>.

1-го января 1887 года больной былъ въ отпуску у своей сестры. Вечеромъ вернулся въ лѣчебницу очень довольный. 10-го января вѣсъ тѣла 207 ф. Неопрятенъ, мочится въ комнатѣ, вытираетъ своимъ бѣльемъ мочу, валяется по полу. Неопрятность объясняетъ тѣмъ, что или это случается нечаянно или же происходитъ отъ того, что онъ сильно потѣетъ ночью. 16-го вслѣдствіе неопрятности переведенъ въ отдѣленіе трудныхъ больныхъ. 23 января вѣсъ тѣла 215 ф. Былъ на работѣ, работалъ съ охотой; опрятенъ. 29 января ночью стаскиваетъ постель съ кровати и ложится на полъ. Дѣлаетъ это подъ вліяніемъ того, что «лежа на кровати чувствуетъ подъ собой колебаніе, точно на волнахъ» или же ему «жарко», «токи идутъ отъ стѣны» и «слышитъ шопотъ, но не въ ухо, а въ черепныя кости». На полу засыпаетъ. Ночью же обмочился въ комнатѣ, какъ объяснилъ потому, что ему стыдно было идти въ сортиръ при людяхъ. 16 февраля высказываетъ, что онъ не можетъ пока еще достаточно сосредоточиться и уяснить себѣ свое состояніе. Отъ умственныхъ занятій скоро утомляется. Въ поведеніи больного замѣчается много странностей: онъ, напр., собираетъ съ полу окурки и разный мусоръ и набиваетъ себѣ этимъ карманы. Объясняетъ, что дѣлаетъ это будто-бы потому, что «нечѣмъ больше заняться».

<sup>1)</sup> Съ 27 іюля по 1 января 1887 г. наблюденія—д-ра Васяткина.

Или выражаетъ, напр., благодарность врачу, вставая на колѣни и т. д. 7 марта вѣсъ тѣла 208 ф. Высказываетъ бредовыя идеи, думаетъ, что въ форточкахъ устроены какіе-то тайные проводники съ цѣлью узнавать, что дѣлается съ больными. Обмановъ органовъ чувствъ незамѣтно. Настроение духа крайне неустойчивое—отъ малѣйшихъ причинъ больной сильно волнуется. 20 и 21 марта вѣсъ тѣла 214 ф. Сильно возбужденъ, вдругъ вскакиваетъ съ мѣста и начинаетъ усиленно бѣгать по комнатѣ. Объясняетъ причину своего волненія тѣмъ, что видитъ женщину, которая къ нему подходитъ (зрительныя галлюцинаціи), что страшно его возмущаетъ. Собираетъ съ полу окурки и затыкаетъ ими себѣ уши, снимаетъ бѣлье. 27 марта крайне безпокоенъ, бѣгаетъ по комнатамъ съ испуганнымъ взглядомъ, часто мѣняетъ свое бѣлье, мотивируя это тѣмъ, что отъ бѣлья чѣмъ-то пахнетъ. 3 апрѣля безпокойное состояніе продолжается очевидно подъ влияніемъ галлюцинацій. Переведенъ въ безпокойное отдѣленіе. 10 апрѣля выраженіе лица очень часто мѣняется, какъ бы отъ испуга, очевидно подъ влияніемъ обмановъ органовъ чувствъ. Въ общемъ больной спокоинѣе и сдержаннѣе въ поведеніи. Питаніе удовлетворительно <sup>1)</sup>. 13 апрѣля отказывается отъ прогулки на свѣжемъ воздухѣ, считая себя слишкомъ слабымъ. Вѣсъ тѣла 210 ф. 17 апрѣля затыкаетъ себѣ уши ватой, мыломъ, окурками, увѣряя, что это дѣлаютъ ему изъ женскаго отдѣленія».

Съ конца апрѣля у больного начинаетъ уже замѣтно обнаруживаться послѣдовательное слабоуміе. Такъ 24 апрѣля утромъ (около 9 ч.) спросилъ врача, который часъ. Не получивъ отвѣта, высказалъ, что полагаетъ, что теперь 3-й часъ, о чемъ онъ заключаетъ по барометрическому давленію, производимому на его организмъ; а 25 апрѣля высказалъ, что ему кажется, что больные будутъ обѣдать въ бесѣдкѣ, а чай пить въ саду, о чемъ онъ судитъ по присутствію большого количества озона въ воздухѣ. 30 апрѣля неопрытенъ, переведенъ въ отдѣленіе трудныхъ больныхъ. Вѣсъ тѣла 214 ф. 15 мая бываетъ вмѣстѣ съ другими

<sup>1)</sup> Съ 1 января по 10 апрѣля наблюденія д-ровъ Акерблума, Васяткина и Наумова.

больными на земляныхъ работахъ и принимаетъ участіе въ развлеченіяхъ. 23 мая опрятенъ, ведетъ себя скромно. Самочувствіе удовлетворительно. Отъ умственныхъ занятій отказывается, говоря, что плохо понимаетъ прочитанное. Переведенъ въ спокойное отдѣленіе. 30 мая при разговорѣ съ врачомъ часто оглядывается и безъ всякой видимой причины улыбается, объясняя это привычкой. Въсѣ тѣла 204 ф. 4—6 іюня крайне безпокоенъ, постоянно снимаетъ съ себя одежду, пачкаетъ ее и проситъ ему дать другую, бѣгаетъ, взволнованный по корридору, по ночамъ не спитъ, переворачиваетъ постель, заявляя, что къ нему приходятъ женщины и безпокоятъ его (зрительныя галлюцинаціи). Переведенъ въ безпокойное отдѣленіе. 10 іюня ночью неопрятенъ, ходитъ безъ бѣлья. Зрительныя галлюцинаціи существуютъ по прежнему и кромѣ того имѣются галлюцинаціи общаго чувства: заявляетъ, что отъ него дурно пахнетъ, «и это запахъ не его пота, а посторонній». Питаніе падаетъ. Въсѣ тѣла 202 ф. 19 іюня очень безпокоенъ: быстро ходитъ по корридору, стаскиваетъ съ кровати постель, ложится на полъ, стучитъ въ дверь, жалуется, что подпускаютъ разные запахи подъ него, расслабляютъ и обезсиливаютъ его, обвиняя во всемъ этомъ надзирателя и врачей. 30 іюня относительно своего мѣстопробыванія утверждаетъ, что находится за границей, но въ какомъ именно городѣ, не знаетъ. Къ этому заключенію онъ «приходитъ по состоянію своего желудка и по боковому давленію крови». 4 іюля ослабленіе памяти прошлаго, на вопросъ не желаетъ ли видѣться съ сестрой, отвѣтилъ, что всѣмъ забылъ, что у него есть сестра. 12 іюля неопрятенъ, пьетъ свою мочу, объясняя, что онъ это дѣлаетъ для укрѣпленія своего желудка. 14 былъ на работѣ, сдѣлалъ попытку къ побѣгу, объяснивъ ее постояннымъ ощущеніемъ голода, который онъ будто-бы чувствуетъ въ головѣ. Въсѣ тѣла 195 ф. Съ 30 апрѣля убыль въ вѣсѣ на 19 ф. 16 іюля слуховыя галлюцинаціи: «слышитъ разные звуки въ стѣнахъ, которые проходятъ тутъ по говорнымъ трубамъ». 4 августа снимаетъ съ себя бѣлье, находя въ немъ запахъ посторонняго пота, обвиняетъ служащихъ въ небрежномъ присмотрѣ за то, что они допускаютъ приходить къ

нему ночью женщинъ. Вѣсъ тѣла 204 ф. 8 августа собираетъ соръ съ полу, кладетъ окурки въ ротъ, за-тыкаетъ ими себѣ уши. 29 августа слуховыя галлюцинаціи: постоянно слышитъ музыкальные звуки, опрятенъ. 9 сентября мало подвиженъ, мало разговорчивъ. Вѣсъ тѣла 206 фунтовъ. 12 сентября зрительныя галлюцинаціи и иллюзіи: видитъ женщинъ, приходящихъ къ нему по ночамъ, заявляетъ, что больные дѣлаютъ ему разныя гримасы, грозятъ расправиться съ нимъ по своему. 14 сентября время проводитъ въ ватеръ-клозетѣ, продолжаетъ считать, что находится за границей; зрительныя галлюцинаціи продолжаютъ по прежнему; питаніе удовлетворительно. Вѣсъ тѣла 209 ф.

24 сентября бѣлья съ себя не снимаетъ, опрятенъ, переведенъ въ отдѣленіе спокойныхъ больныхъ. 1 октября безпокоенъ, неопрятенъ; ходилъ безъ бѣлья; переведенъ въ безпокойное отдѣленіе. 3 октября безпокойное состояніе продолжается, поддерживаемое зрительными галлюцинаціями<sup>1)</sup>. 12 октября галлюцинаціи и бредовыя идеи о нахожденіи за границей по прежнему продолжаютъ; своимъ поступкамъ, напр., тому, что ложится вмѣсто кровати на полъ, даетъ или совершенно безсвязное или совсѣмъ неидушее къ дѣлу объясненіе: «это нужно для того, чтобы выяснитъ отношенія служителей». Вѣсъ тѣла 210 ф. 24 октября сильное возбужденное состояніе, вслѣдствіе наплыва галлюцинацій зрительныхъ, обонятельныхъ и общаго чувства: видитъ передъ собой женщину, слышитъ запахъ отъ бѣлья и отъ собственнаго тѣла. 28 октября высказываетъ рядъ нелѣпыхъ и бредовыхъ идей какъ-то: у него неправильный животъ, онъ испытываетъ «какое-то невыразимое ощущеніе», подъ влияніемъ, якобы, котораго снимаетъ бѣлье, рветъ одежду и т. д., говоритъ, что въ этомъ домѣ есть «остроумные служителя, которые могутъ передавать какія-то слова кому-то чрезъ подушку». Питаніе удовлетворительное. Вѣсъ тѣла 214 ф. 9 ноября возбужденное состояніе продолжается: бьетъ стекла, рветъ бѣлье, не давая никакихъ объясненій. Жалуется на спутанность мыслей и высказываетъ рядъ нелѣпыхъ ипохондрическихъ идей: «чув-

1) Съ 13 апрѣля по 3 октября наблюденія д-ра Акерблома.

ствуется у себя на разныхъ частяхъ тѣла прибавку мяса, напр., на вертлугахъ, на плечѣ и т. д. Опасается приближенія времени ужина въ виду могущаго повториться съ нимъ насилія со стороны женщинъ (дѣло идетъ объ усиленной эрекции послѣ ужина). Высказалъ, что онъ только три, четыре дня пересталъ видѣть синіе и красные огни. Въсѣ тѣла 211 ф. 20 ноября крайне неопрятенъ: мочится и испражняется въ комнатѣ, испражнениями обмазывается. Изъ объясненій можно заключить, что у больного существуетъ боязнь сортира, вслѣдствіе кажущихся ему мертвецовъ. Во всякомъ случаѣ все поведеніе больного обусловливается галлюцинаціями слуховыми и зрительными, къ которымъ онъ уже не можетъ критически отнестись. 28 ноября неопрятенъ, на вопросы даетъ повторные отвѣты «не помню, забываю». Царапаетъ себѣ руки, ноги, тѣло.

7-го декабря высказываетъ цѣлый рядъ ипохондрическихъ, бредовыхъ идей: «руки болѣе длинны, чѣмъ слѣдуетъ; вслѣдствіе длинноты колѣнъ уперся въ подбивку кровати и потерялъ правый бокъ», проситъ сдѣлать себѣ операцію: отнять руки и колѣни. Въсѣ тѣла 200 ф. 16 декабря сознаніе относительно мѣста по прежнему затемнено: жалуется на головную пустоту, высказываетъ бредовыя идеи, обусловленные слуховыми галлюцинаціями. 30 декабря тактильная и болевая чувствительность сильно понижены, равно какъ и пателлярные рефлексy. Жалуется на тоску, высказываетъ желаніе покончить съ собою. Въсѣ тѣла 191 ф. 19 января 1888 года высказываетъ тѣ же ипохондрическія идеи, что и прежде; жалуется на тоску, прося врача дать ему какое-либо сильнодѣйствующее ядовитое вещество для отравленія; слышитъ, что въ диванѣ живутъ больные. 28 января ходитъ на работу, пилитъ дрова, доволенъ пребываніемъ на воздухѣ и работой. Съ психической стороны по прежнему обманы органовъ чувствъ, основанный на нихъ бредъ и рѣзкое ослабленіе умственныхъ способностей. Питаніе удовлетворительно. Въсѣ тѣла 205 ф. 1 марта тактильная, болевая и термическая чувствительность сильно понижены; мало подвиженъ, мало разговорчивъ, задумчивъ, нерѣшителенъ въ отвѣтахъ,

мысли спутаны, часто, начавъ фразу, не кончаетъ ее, или произноситъ рядъ несвязныхъ фразъ. Опрятенъ. Замѣчается каталептоидное состояніе: конечности, приведенныя въ самое неудобное положеніе, удерживаетъ по долгу. 15 марта. На всѣ предлагаемые вопросы отвѣчаетъ стереотипными фразами: «не знаю, не помню». 26 марта молчаливъ, по цѣлымъ днямъ сидитъ на одномъ мѣстѣ, перекрестивши руки на колѣняхъ. Опрятенъ. Питаніе удовлетворительно. Вѣсъ тѣла 220 ф. Съ 1 по 25 апрѣля состояніе малоподвижности. На всѣ вопросы отвѣчаетъ «не знаю» или молчитъ. Послушенъ; простыя приказанія исполняетъ. Вѣсъ тѣла 203 ф. <sup>1)</sup> 24 мая неподвижное состояніе: по цѣлымъ днямъ сидитъ въ одной и той-же позѣ, съ трудомъ встаетъ, изслѣдованія стѣсняется; говоритъ: «стыдно». Питаніе удовлетворительно. Вѣсъ тѣла 206 ф. 5 іюня чувствительность значительно понижена, препателлярныя рефлексы сильно ослаблены. Неподвиженъ. На вопросы не отвѣчаетъ. 12 іюня старается ѣсть больше хлѣбъ и пить квасъ, избѣгая другой пищи <sup>2)</sup>. 25 іюня ступорозное состояніе продолжается. На всѣ вопросы даетъ одинъ отвѣтъ: «не знаю». Изслѣдованію, если оно не особенно сильно мѣняетъ его позу, не противоѣдѣствуетъ, въ противномъ же случаѣ приходитъ въ возбужденное состояніе и оказываетъ активное сопротивленіе. Вѣсъ тѣла 202 ф. Въ теченіи всего іюля тоже состояніе малоподвижности, что и прежде. Разница лишь та, что прежде больной больше сидѣлъ, а теперь онъ почти все время лежитъ. Неопрятенъ. Питаніе удовлетворительно. Съ 9 по 18 августа сталъ нѣсколько подвижнѣе, иногда самъ проситъ поставить себѣ клизму, выходитъ въ ватеръ-клозетъ. 24 августа рѣзко выраженное каталептоидное состояніе. 27 августа былъ сильно взволнованъ предложеніемъ врача встать со скамейки и пройти по дворику, причемъ высказалъ, что ему наступили на лицо и раздавили его. На вопросы ничего не отвѣчаетъ. 31 августа простыя требованія врача исполняетъ: встаетъ, сидитъ, пройдетъ по комнатѣ. Чувствительно болевья раздраженія пони-

<sup>1)</sup> Т. е. съ конца марта больной убылъ въ вѣсъ на 15 ф.

<sup>2)</sup> Съ 4 октября 1887 г. по 12 іюня 1888 г. наблюденія д-ра Васяткина.

жены *ad maximum*, пателлярные рефлексы отсутствуют. Пульсъ и дыханіе ничего ненормальнаго не представляютъ. Отправленія органовъ растительной жизни удовлетворительны. Вѣсъ тѣла 200 ф. 20 сентября мало подвиженъ, просилъ надзирателя извиниться за него передъ врачомъ за то, что онъ не разговорчивъ. Не говоритъ же, будто-бы, потому, что не слышитъ вопросовъ и языкъ его не слушается, «парализованъ». Вѣсъ тѣла 209 ф. Въ теченіе октября и ноября существенныхъ переменъ, ни съ физической, ни съ психической стороны больного замѣчено не было. По прежнему неподвижный, съ масковиднымъ выраженіемъ лица, онъ цѣлые дни просиживаетъ на одномъ и томъ же мѣстѣ, нисколько не мѣняя своей позы, даже сохранялъ ее и въ лежачемъ положеніи. Каталептоидное состояніе рѣзко выражено, по долгу удерживаетъ искусственно приданное положеніе конечностямъ. Со стороны органовъ груди и живота особенныхъ уклоненій не замѣтно. Питаніе удовлетворительно. Вѣсъ тѣла 212 ф. Съ психической же стороны остатки бредовыхъ идей и явленія значительнаго слабоумія. Такъ 20 ноября больной просилъ надзирателя облить квасомъ кресло и скамейку, обѣщаясь въ случаѣ неудовлетворенія его просьбы бить стекла. На вопросъ врача, для чего это ему нужно, высказалъ, что мебель считаетъ за господъ, которымъ нужно давать пить. Если же не дать, то нужно рѣзаться, ибо больныхъ кормятъ и поятъ для того, чтобы усыпивши ночью, вскрывать и этимъ производить обмѣнъ веществъ \*).

Въ заключеніе считаю не лишнимъ указать, что приведенный случай кататоніи по клинической картинѣ вполне подходитъ къ той, какую даетъ Kahlbaum. Болѣзнь началась меланхолическимъ періодомъ, продолжавшимся около  $1\frac{1}{2}$  недѣли. Съ физической стороны въ это время можно отмѣтить слабую дѣятельность сердца, пониженіе болевой чувствительности и сухожильныхъ рефлексовъ, затѣмъ наступилъ маниакальный періодъ, продолжавшійся около недѣли и сопровождавшійся паденіемъ въ вѣсѣ почти на 6 фунтовъ, далѣе

\*) Наблюденія Л.—ровъ Нечаева и Шешинцева.

развился кататоническій періодъ съ рѣзко выраженной восковой гибкостью, продолжительность этого періода была почти 9 мѣсяцевъ. Онъ характеризуется рѣзкими измѣненіями въ физическомъ состояніи: вѣсъ тѣла со 180 ф. падаетъ до 118, слѣдовательно на 62 ф., наблюдается полная потеря чувствительности, повышение мышечныхъ и кожныхъ рефлексовъ, незначительное суточное количество мочи, доходящее до 440 к. с., а главное измѣненіе со стороны дыханія и пульса и полная иногда непараллельность между ними, такъ, когда дыханіе доходило до 110 въ 1', пульсъ былъ всего 70—84 въ 1'. Перемежающійся періодъ продолжался около 2 $\frac{1}{2}$  лѣтъ, и затѣмъ, мѣсяцевъ 8 тому назадъ, наступилъ уже конечный періодъ болѣзни съ явленіями слабоумія.

7 іюля 1890 года.  
Казань.

---



## Преступленіе въ состояніи запоя.

(Судебно-психіатрическій анализъ).

Л. А. Юнинъ.

Николай Львовичъ С., мѣщанинъ, православный, 26 лѣтъ, холостъ, акробатъ-наѣздникъ, ѣздившій по городамъ Россіи съ циркомъ, учившійся въ приходскомъ училищѣ, поступилъ въ Полтавскую губернскую земскую лѣчебницу для душевно-больныхъ для испытанія его душевной сферы. Поводомъ для освидѣтельствованія его душевной сферы послужило покушеніе на убійство одного изъ своихъ сотоварищей по цирку Вильяма; приче́мъ покушеніе это, какъ показало слѣдствіе, не объяснилось предположенными въ началѣ цѣлями, а самое состояніе въ моментъ исполненія своего покушенія дало основаніе допустить ненормальность его психическаго состоянія.

Покушеніе было совершено 20 августа сего года не задолго до открытія представленія въ циркѣ, часовъ около 8 вечера; вскорѣ какъ явился К. и снова выходилъ черезъ главный выходъ на площадь, то вслѣдъ ему С., будучи несомнѣнно полупьянъ (показ. пристава л. II на обор.), на близкомъ разстояніи сдѣлалъ выстрѣлъ; когда же К. сталъ бѣжать, то, преслѣдуя его, С., посреди многочисленной публики, производитъ второй выстрѣлъ и уже захваченный приставомъ—третій. Никакихъ поводовъ въ тотъ моментъ К. С. не подалъ, а стрѣляніе посреди толпы представлялось необдуманнѣмъ. Затѣмъ дальнѣйшее поведеніе С. является еще болѣе страннымъ: вырвавшись изъ рукъ полицейскихъ и вбѣжавъ въ циркъ, онъ крикнулъ музыкантамъ «играйте похоронный маршъ, я убилъ К.», а потомъ обращаясь къ публикѣ: «господа, я убійца, я любилъ Марту С. и убилъ К.» (л. 6 на обор.). Узнавши, что К. живъ, сказалъ: «очень жаль, что я не убилъ его».

Такое странное событіе, какъ стрѣляніе въ толпѣ, несообразность его заявленія и желаніе убить К. требуетъ выясненія мотивовъ, важныхъ какъ для судебныхъ, такъ и для психіатрическихъ задачъ. Спрошенный при арестѣ приставомъ, зачѣмъ онъ хотѣлъ убить К., С. отвѣтилъ: «за Марту С. и чтобы избавить отъ него многихъ, онъ изсушилъ многихъ дѣвушекъ» (л. II на обор.). На другой затѣмъ день (21 августа), будучи уже въ трезвомъ видѣ, С. заявилъ приставу, «что онъ не помнитъ какъ стрѣлялъ въ К.», говорилъ о своей искренней, чистой любви къ Мартѣ С., образъ которой его преслѣдуетъ и «онъ боится, чтобы К. не лишилъ ее невинности, причемъ С. расхохотался какимъ-то истерическимъ смѣхомъ» (л. 12 на обор.).

Въ этотъ же день (21 августа) при дознаніи объясняетъ, что «К. собирается болѣе 2-хъ лѣтъ убить исключительно изъ-за ревности къ Мартѣ С.», такъ какъ К. сталъ «въ поперекъ дороги», и старался отклонить всякія ухаживанія, то С. начинаетъ ухаживаніе за Бенидети. Далѣе онъ объясняетъ: «дня три тому назадъ запала въ голову мысль убить К., такъ какъ онъ Марту любитъ, а жениться долженъ на Бенидети по принужденію, то подумалъ, что не стоитъ лучше жениться, а убить К.» (л. 40).

У судебного слѣдователя 3-го участка того же числа 21 августа С. объясняетъ, «что задумалъ убить К. изъ-за ревности, что онъ терпѣлъ десять мѣсяцевъ», и наконецъ что онъ стрѣляя «находился въ такомъ состояніи, что не помню какъ я стрѣлялъ и не знаю ранилъ ли К. или нѣтъ». Далѣе, ссылаясь на свидѣтелей, говоритъ, что «съ К. и ранѣе изъ-за Марты С. происходили неудовольствія» и что «К. изъ за Марты С. сильно избилъ меня» (л. 21 на обор.).

Допрошенный 25 августа судебнымъ слѣдователемъ по важнѣйшимъ дѣламъ, С. даетъ пространное объясненіе о своихъ отношеніяхъ къ Мартѣ С., къ К. и выясняетъ самый моментъ преступленія. Два года назадъ К., служа съ С. въ Кіевѣ, ухаживалъ за Мартой; она нравилась также и С., но послѣдній боясь К., «котораго боятся всѣ артисты», «не смѣлъ даже показать и виду». По отѣздѣ за границу К., С. сталъ ухаживать за Мартой, пользовался взаимностью и на «пред-

ложеніе» она вначалѣ подала надежду, рекомендуя «повременить» и вести себя хорошо», и затѣмъ согласилась. Затѣмъ изъ-за ревности къ велосипедисту Скури С. оставляетъ циркъ Сура и переѣзжаетъ къ Трутцци въ Кременчугъ; передъ отъѣздомъ Марта клялась вѣчно любить, а С. съ своей стороны далъ ей «страшную клятву никогда не измѣнять». Къ Трутцци въ скорости пріѣхалъ и К.; въ то время С., «боясь его, ходилъ, какъ сумасшедшій» и наконецъ бросился передъ нимъ на колѣни и сознался въ своей любви къ Мартѣ. Послѣ этого К. преслѣдовалъ его насмѣшками, намеками, подпаивалъ его, чтобы вывѣдать отъ него «за Марту», смѣялся при публикѣ, намекалъ, что убьетъ его, иногда даже билъ, такъ что онъ прятался отъ него—«словомъ не давалъ мнѣ просто жить»; преслѣдованія эти побудили, по словамъ С., употребить хитрость: С. «будто-бы изъ любви» ухаживаетъ за пожилой Джованиной Бенедети, дѣлаетъ предложеніе и объявляется ея женихомъ. Но злой К., продолжалъ его преслѣдовать насмѣшками «ты женишься на этой беззубой, Марта красивѣе» и старался разстроить эту свадьбу. Свадьба дѣйствительно разстраивается изъ за отказа Бенедети, которая узнала, что С. любитъ М. К. часто билъ С. и однажды у пьянаго С. выбилъ плечо и, С. прыгая и цѣпляясь черезъ обручъ, который держалъ К., нѣсколько разъ падалъ съ лошади и получалъ ушибы въ голову; однажды въ Полтавѣ «сама публика укоряла К., что онъ держитъ обручъ неправильно». Все это и то, что въ Полтавѣ есть много мѣстъ, напоминающихъ мои свиданія и любовь къ Мартѣ С., довело меня до того, что я сталъ выпивать, а въ послѣднее время нѣсколько дней я пришелъ въ такое состояніе опьяненія, что не понимаю, что дѣлаю. По этому я не помню, какъ я купилъ револьверъ, какъ пришелъ въ циркъ и хотѣлъ ли я себя убить или кого другого, а равно не помню, какъ я стрѣлялъ въ К. Очевидно, замѣтивши проходившаго К., я вспомнилъ все его обращеніе со мною и пр. и выстрѣлилъ въ него; намѣренія же лишить его жизни въ трезвомъ видѣ я не имѣлъ, хотя нѣсколько разъ собирался купить револьверъ для защиты отъ К., въ случаѣ его нападенія (л. 56, 57 и 58).

Итакъ, мотивы къ покушенію на убійство К., по показаніямъ самого С., сводятся: 1) на ревность къ Мартѣ С., которая клялась его вѣчно любить, 2) на раздраженіе противъ К., вызванное насмѣшками, угрозами и побоями, выведившими его изъ терпѣнія, и наконецъ выполнение этихъ мотивовъ—произошло при такомъ состояніи опьяненія, что С. не понималъ своихъ дѣйствій и на слѣдующій день о нихъ не помнилъ.

Слѣдуетъ однако отмѣтить въ показаніяхъ С. нѣкоторыя неточности, противорѣчія, несообразности и странности. С. ревнуетъ къ Мартѣ и боится, чтобы К., находясь въ Полтавѣ, не лишилъ невинности гдѣ-то въ другомъ мѣстѣ находящуюся С.; высказывая эту боязнь, С. заливается истерическимъ смѣхомъ. Почему то думаетъ о своемъ долгѣ жениться «по принужденію» на Бенедети, когда свадьба съ ней уже разстроилась за отказомъ Д. Б. Мысль объ убійствѣ К. появилась «болѣе 2-хъ лѣтъ», «десять мѣсяцевъ», «три дня», «выстрѣлилъ какъ-то непонимая», и наконецъ въ трезвомъ видѣ «не имѣлъ намѣренія лишить жизни К.». Крайне несообразнымъ является размышленіе С., что «не стоитъ лучше жениться, а убить К.»; жениться на той, которая ему уже отказала.

Высказанные С. мотивы покушенія на убійство подтверждаетъ и приставъ Г., который С. «знаетъ давно» и въ своемъ показаніи прямо говоритъ: «что частью любовь къ Мартѣ С., а частью насмѣшки и жестокое обращеніе К. съ артистами и послужили причиной покушенія на жизнь его С., который, въ пьяномъ видѣ въ особенности, дѣйствительно не понимаетъ, что дѣлаетъ» (л. 13 на об. и л. 14).

Франкони высказываетъ свое мнѣніе, что «причиной стрѣльбы Марта С. не могла быть; потому что С. имѣетъ не такой характеръ, чтобы могъ любить одну дѣвушку, такъ какъ любовь его ко многимъ была» (л. 38 на обор.); однако рассказываетъ, что онъ видимо любилъ Марту С., такъ какъ «при одномъ упоминаніи ея имени плакалъ» (л. 47). Отношенія съ К. были «дружественныя» (л. 38 и 46), хотя К. «часто дразнилъ его, называя мальчишкой и упоминая Марту С.» (л. 46).

Прозерпи отношенія съ К. называетъ дружественными и онъ «всегда бываетъ на сторонѣ С., если въ этомъ предстояла надобность (л. 39) и даже указываетъ, что» мнѣ приходилось слышать, что С. билъ К., который между тѣмъ не рѣдко помогалъ ему и дѣлалъ одолженія (л. 48).

Белонини,—Максимиліанъ Трутцци, Луиза Трутцци, Строкай (л. 39 на обор; л. 44, л. 45 на об. л. 49 на об. и л. 51 на об.) также удостовѣряютъ о дружественныхъ отношеніяхъ С. съ К., но говорятъ о частыхъ насмѣшкахъ, раздраженіяхъ и «боксахъ», производимыхъ послѣднимъ со всѣми артистами, называя К. завистливымъ, хвастливымъ и высокомернымъ человѣкомъ.

К. свои отношенія къ Мартѣ называетъ хорошими, но между ними ничего не было серьезнаго и ограничивались вниманіемъ только къ ней. При возвращеніи К. изъ заграницы С. самъ по пріятельски рассказывалъ о своихъ ухаживаніяхъ за С. и однажды высказывался на квартирѣ у К., что «былъ бы очень радъ, еслибы К. женился на Мартѣ, потому что она попала бы въ хорошія руки», на что онъ, зная семейство С., замѣтилъ ему «этого не ищу и это мнѣ не удастся», съ чѣмъ С. тоже согласился говоря, «да это не удастся, ни тебѣ, ни мнѣ». (л. 5). Также изъ показаній К. видно, что любовь къ Джованини Бенедети вовсе не была уловкой: май, июнь и июль онъ называетъ «горячимъ временемъ ухаживаній» (л. 4 на об.) и послѣ отказа родителями Бенедети онъ съ С. три раза ѣздили встрѣчаться на вокзалъ, проѣзжавшихъ черезъ Полтаву въ Москву, семейство Бенедети. С. даже провожалъ до 1-й станціи и затѣмъ рассказывалъ, что мать согласилась подъ условіемъ «вести себя хорошо»; говорилъ объ этомъ радостно, прибавляя, что «будь у него деньги онъ бы и теперь поѣхалъ въ Москву» (л. 4 на об.) Также купецъ Зайцевъ, который познакомился съ С. въ этотъ пріѣздъ его въ Полтаву, показываетъ: «про Марту С. С. при мнѣ ничего не вспоминалъ, но одинъ разъ онъ высказывалъ, что онъ женихъ и долженъ жениться на Джованини-Бенедети черезъ 2 мѣсяца, при чемъ говорилъ это какъ-то «восторженно, какъ страстно влюбленный» (л. 74). Недѣли за полторы передъ происшествіемъ Строкай ночью услышала, что С. плачетъ

въ своей комнатѣ и «когда зашла къ нему, то онъ стоялъ на колѣняхъ передъ фотографической карточкой невѣсты своей Бенедети и плакалъ» (л. 50). Наконецъ письма писанныя рукою С., на имя Бенедети и ея матери (л. 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105), изъ которыхъ самое послѣднее обозначено 14 августа и отвѣты отъ нея (л. 106, 107, 108, 109) самымъ яснымъ образомъ показываютъ тѣ страстно влюбленные отношенія, которыя существуютъ между ними не на шутку; здѣсь и самыя нѣжныя слова и клятвы вѣчно любить и любовные стихи, наконецъ въ нихъ же и видѣнъ отказъ со стороны Бенедети, повидимому, происшедшій отъ неисполненія С. своего слова—«вести себя хорошо», т. е. не пить. Такимъ образомъ выходитъ, что прямого вліянія Марты С., изъ за ревности къ которой С. произвелъ покушеніе, не было. Любовь къ Мартѣ С. была два года назадъ, К. страсти къ ней не питалъ и мститъ С., какъ болѣе счастливому сопернику основаній не было; а ужъ К. мститъ за С. С. неимѣлъ поводовъ. Однако при существованіи обычно дружественныхъ отношеній между К. и С., первый часто его дразнилъ, раздражалъ и выводилъ изъ терпѣнія. К. ко всѣмъ артистамъ относился высокомерно, былъ завистливъ и хвастливъ, «первый приглашаетъ артистовъ на кутежи и когда кто его не слушаетъ даегъ имъ бокса» (л. 44).

Другое объясненіе даютъ всѣ, сколько нибудь знающіе С. лица, по поводу этого покушенія:

Франкони «положительно приходитъ къ тому убѣжденію, что С. въ К. стрѣлялъ въ состояніи невмѣняемости» (л. 38 на обор.). Строкай—«увѣрена, что С. стрѣлялъ въ К. въ безсознательномъ отъ опьяненія состояніи» (л. 50). Белонини—полагаетъ, «что С. стрѣлялъ въ К., будучи выведенъ имъ изъ терпѣнія и не понимая отъ опьяненія что дѣлаетъ» (л. 51 на об.). Это мнѣніе они подтверждаютъ разказами о характерѣ С. и бывшими съ ними примѣрами. Такъ Франкони говоритъ, что «С. вообще какой то странный и загадочный имѣлъ характеръ, т. е. во время—трезвости онъ былъ вѣжливъ, но какъ-то странно задумчивъ; въ моментъ же пьянаго своего состоянія онъ дѣлался какъ сумашедшій и до того доходилъ, что очень час-

то себя избивалъ, истушивалъ и доходилъ до такого изступленія, что просто смотрѣть на него безъ состраданія было невозможно. «При проѣздѣ по Выборгской дорогѣ, С., во время полного хода поѣзда желѣзной дороги, соскочилъ и это сдѣлалъ въ пьяномъ видѣ. Да много подобныхъ случаевъ С. продѣлывалъ (л. 38 и на обор.). «Въ трезвомъ видѣ былъ скромень какъ ребенокъ и огнестрѣльнаго оружія боялся даже держать въ рукахъ» (л. 46).

Прозерпи показываетъ: «имѣлъ странный характеръ; какъ только напьется, то забывается и дѣлается какъ сумашедшій, часто наноситъ себѣ и другимъ всевозможныя оскорбленія (л. 39.) и никогда не помнилъ, что онъ дѣлалъ пьяный (л. 48).

Максимиліанъ Трутцци—говоритъ, что С. «въ трезвомъ видѣ прекрасный и скромный, а въ пьяномъ видѣ дѣлается положительно сумашедшимъ и не понимаетъ, что дѣлаетъ» (л. 43 и на обор.). «Четыре года тому назадъ онъ бросился было въ пьяномъ видѣ на ходу поѣзда съ вагона»...; «въ пьяномъ видѣ онъ грызетъ себѣ руки, бьетъ себя и рветъ на себѣ платье и, когда затронетъ его кто нибудь, бросается какъ звѣрь на затронувшаго» (л. 48 на обор. и л. 44).

Луиза Трутцци передаетъ, что С. «въ трезвомъ видѣ чрезвычайно скромный и хорошій, въ пьяномъ же видѣ онъ бывалъ положительно въ родѣ сумашедшаго и не понималъ, что сдѣлалъ.» (л. 45).

Белонини сообщилъ, что «по временамъ С. начинаетъ пить, пьетъ тогда много и послѣ не знаетъ, что дѣлаетъ въ пьяномъ видѣ» (л. 51 и на обор.). «Въ пьяномъ видѣ С. имѣлъ видъ сумашедшаго, рѣшительно не понималъ, что дѣлаетъ».... въ такомъ состояніи въ Одессѣ «бѣгалъ по улицамъ раздѣтымъ» (л. 51 на обор.).

Шаповаловъ показалъ, что въ пьяномъ видѣ С. вполне сумашедшій и не помнитъ, что дѣлаетъ; это видно изъ того, что онъ рветъ на себѣ тѣло и волосы, царапаетъ лицо и раздѣтымъ пойдетъ куда угодно. «Семь лѣтъ тому назадъ, въ уборной цирка въ Кронштадтѣ, въ пьяномъ видѣ повѣсился, а на пути изъ Петербурга выбросился изъ поѣзда» (л. 52 и на обор.).

Припутинъ С. знаетъ давно. «Въ трезвомъ видѣ онъ очень хорошій и скромный человѣкъ, въ пьяномъ же видѣ онъ дѣлается въ родѣ сумасшедшаго: рветъ на себѣ платье и волосы, бьется о стѣнку и безъ причины можетъ побить другихъ» (л. 55).

Мансбахъ говоритъ о С.: «прекрасный товарищъ, когда же онъ не трезвый, то совершенно не помнить, что онъ дѣлаетъ». Однажды пьяный С. сильно ругалъ Мансбаха, «на утро ничего не помнилъ и сталъ извиняться и цѣловать» (л. 54 на обор.).

Кукъ рассказываетъ, что въ Одессѣ С. однажды пьяный «вцѣпился зубами въ лѣвую мою руку и ворчалъ какъ собака» въ другой разъ напившись пьянымъ, хотѣлъ бить безъ всякой причины дворника, удержанный К. сказалъ «ну хорошо, я тебя слушаю», поцѣловалъ въ губы его и «вслѣдъ за тѣмъ сильно ударилъ меня кулакомъ въ лицо» (л. 4). Не одни только служащіе въ циркѣ рассказываютъ о такомъ состояніи С., такъ приставъ г. Полтавы Григорьевъ, давно знающій С., называетъ его «скромнымъ, молчаливымъ;— между тѣмъ въ пьяномъ видѣ онъ въ родѣ сумасшедшаго; бьетъ себя и другихъ; и одинъ разъ, въ прошломъ году, онъ замахнулся было ножомъ на другого артиста (л. 14).

Свистуновъ,—видя С. въ пьяномъ видѣ, утверждаетъ, что онъ очевидно ничего не понималъ, такъ какъ въ разговорѣ онъ быстро мѣнялъ темы, перескакивая съ предмета на предметъ и одинъ разъ разсердившись на Вильяма Кука, грызъ стойла зубами» (л. 67).

Чеботаревъ, также зная С. за человѣка скромнаго, подтверждаетъ, что «въ пьяномъ видѣ едва ли онъ понимаетъ, что дѣлаетъ» (л. 68).

Истоминъ, знавшій С. за человѣка скромнаго, «отъ многихъ артистовъ... слыжалъ, даже раньше происшествія этого, что въ пьяномъ видѣ онъ положительно сумасшедшій; послѣ же происшествія нѣкоторые артисты высказывали удивленіе, что С. рѣшился стрѣлять, такъ какъ онъ боялся огнестрѣльнаго оружія и даже грома» (л. 70). Интересное показаніе даетъ еще Истоминъ, какъ отнесся къ виновнику самъ потерпѣвшій. Сейчасъ послѣ покушенія, Истоминъ, узнавши о выстрѣлѣ, «пошелъ сейчасъ къ К., который сказалъ мнѣ,



что С. ранилъ его въ голову, должно быть въ пьяномъ видѣ, что прійдя въ себя онъ пожалѣетъ и прійдетъ къ нему просить извиненія» (л. 71).

Эрманъ, содержавшій буфетъ въ циркѣ, хорошо знаетъ С., онъ «въ трезвомъ видѣ чрезвычайно скромный и добрый, но за то въ пьяномъ видѣ онъ положительно казался сумасшедшимъ, потому что иногда говорилъ что то такое, чего разобрать не было возможности» (л. 81).

Всѣ эти показанія опредѣленны, не противорѣчивы и характеристичны. С. самъ о себѣ даетъ такое показаніе: «въ трезвомъ видѣ человекъ я скромный и трусливый, но когда бывалъ пьянъ, то никогда не помнилъ, что дѣлалъ въ пьяномъ видѣ и только отъ товарищей узнавалъ о томъ. Пью я лѣтъ пять уже, въ родѣ какъ запоемъ, т. е. мѣсяцъ и два вовсе въ ротъ ничего не беру, а затѣмъ нѣсколько дней пью много всякіе спиртные напитки,—и вотъ во время запоя на меня находитъ сумасшествіе: тогда я дѣлаю всякія безобразія; такъ, лѣтъ пять тому назадъ я вѣшался, тогда же выбрасывался изъ поѣзда, вступалъ иногда въ драки и проч., причемъ въ трезвомъ видѣ, т. е. прійдя въ себя, ничего не помнилъ (л. 58 на обор.).

Всѣ эти показанія свидѣтельствуютъ, что въ состояніи опьяненія у С. замѣчаются слѣдующія разстройства: увеличенное количество представленій, ускоренный ихъ ходъ, разстроенная ассоціація, состояніе болѣзненно усиленной возбудимости чувства, доходящее до аффектовъ гнѣва и приводящее къ разнымъ страннымъ и опаснымъ дѣйствіямъ, каковыя при отрезвленіи совѣтъ не вспоминаются. Состояніе опьяненія рѣзко повышаетъ чувственный тонусъ: изъ скромнаго, добраго человека онъ превращается въ задиру и злобнаго разрушителя.

Для дальнѣйшей оцѣнки состоянія С. необходимо выяснить каково было поведеніе С. передъ покушеніемъ и не вызвалъ ли самъ К. аффективнаго приступа непосредственно передъ самимъ покушеніемъ.

Содержатель буфета Эрманъ показалъ, что С. началъ пить «почти съ самаго пріѣзда цирка въ Полтаву, т. е. съ 21 прошлаго іюля» (л. 81); характеризуя употребленіе его водки такъ: «самъ Сычевъ никогда не на-

пивался, а обыкновенно начиналось съ угощенія его кѣмъ либо изъ публики, или изъ артистовъ; а разъ онъ выпилъ не много, то уже и сильно напьется» (л. 81). Максимилианъ Трутцци, содержатель цирка, рассказываетъ, что «только полтора мѣсяца онъ не пилъ въ этомъ году, намѣреваясь жениться на Бенедети, и обыкновенно «К. подбивалъ его выпить» (л. 44). Припутинъ удостовѣряетъ, что С. «послѣднія недѣли полторы опять началъ пить спиртные напитки, причемъ послѣдніе три—четыре дня передъ происшествіемъ этимъ.... на него страшно было смотрѣть, такъ какъ глаза у него даже измѣнились и были какіе-то тусклые (мутные)» (л. 53 на обор.). Строкай же говоритъ, что онъ послѣдніе полтора мѣсяца не пилъ, но послѣдніе пять дней до преступленія былъ пьянъ каждый день. «Строкай о здоровьи С. въ послѣднее время высказывается такъ: вслѣдствіе частыхъ выпивокъ, здоровье С. разстроено,—онъ слишкомъ раздражителенъ и нервный; по моему мнѣнію, даже не въ своемъ умѣ, потому что иногда говоритъ такое, что нельзя понять; (л. 49). Говоря о томъ, какъ она за полторы недѣли до происшествія застала его ночью передъ карточкой невѣсты, прибавляетъ «но меня онъ не узналъ, не смотря на то, что пьянъ не былъ» (л. 50).

Такимъ образомъ можно считать установленнымъ фактомъ, что еще почти за мѣсяцъ до преступленія С. началъ пить водку; буфетчикъ и содержатель цирка лучше это могли знать, а указаніе Строкай на появившуюся раздражительность и нервность у С. и неузнаваніе ея ночью за полторы недѣли до покушенія косвенно подтверждаетъ ихъ показаніе.

Въ эти дни, дни отравленія алькоголемъ, С. имѣлъ раздраженіе. Кукъ постоянно подтрунивалъ надъ С., говоря: «ты собираешься жениться на Бенедети, а любишь Марту С., которая тебѣ не достанется» и когда С. выходилъ изъ себя и даже грозилъ, что убьетъ К., застрѣлитъ изъ револьвера, К., подсмѣиваясь, говорилъ «ну стрѣляй, я тебя изобью какъ мальчишку» (л. 49 на об.). Купецъ Свистуновъ рассказываетъ объ одномъ случаѣ, бывшемъ за три дня до происшествія, когда они съ Истоминымъ, Чеботаревымъ и С. пили въ буфетѣ цирка водку. Выпито уже было довольно; здѣсь же

за столомъ сидѣлъ и К. и С. съ ними разговаривалъ. Когда послѣдній ему замѣтилъ: «я тебя знаю, что ты сильный, хорошо боксируешь, ты душишь меня какъ кошку въ тѣсномъ углу, но здѣсь я тебя не боюсь, здѣсь есть русскіе», тогда К. видя раздраженіе С., смѣлся и, подойдя къ столу, взялъ тяжелый подсвѣчникъ, вынулъ изъ него огарокъ свѣчи, который оставилъ у себя, а подсвѣчникъ передалъ С. гдворя: «на, бей меня, а я отъ тебя съумѣю защититься и этимъ огаркомъ». С. подсвѣчникъ взялъ у К., но тутъ же поставилъ его, не сказавъ ему ни слова, однако видно было, что былъ страшно раздраженъ, тѣмъ болѣе, что К. сказалъ: «онъ боится, знаетъ меня». Въ буфетѣ были тогда и другіе артисты цирка, одинъ изъ коихъ говорилъ К., чтобы онъ оставилъ его, но тотъ не послушалъ его и продолжалъ дразнить С. Вообще какъ я видѣлъ, К. обращается съ С. возмутительно и выводилъ его изъ терпѣнія» (л. 67 и на обор.). Чеботаревъ, подтверждая этотъ разсказъ, замѣтилъ, что въ началѣ разговоръ съ К. былъ на иностранномъ языкѣ, и затѣмъ, когда С. вышелъ изъ терпѣнія, они перешли на русскій; далѣе онъ дополняетъ показаніе Сви-стунова тѣмъ, что когда С. пришелъ въ сильное раздраженіе отъ насмѣшекъ, то, растегнувъ одежду, крикнулъ К.: «на, стрѣляй, рѣжь, бей меня» (л. 68 на обор.). Истоминъ, передавая однако объ этомъ событіи, указываетъ, что С. жаловался, что такъ мучитъ его К. «восемь мѣсяцевъ» (л. 70 на обор.).

Еще одно обстоятельство, случившееся незадолго до преступленія, имѣетъ также характеръ раздраженія; и виною этому раздраженію также является, невинно быть можетъ, К. Во время прыганія С. черезъ обручи, какъ свидѣтельствуется Франкони (л. 47 на обор.) и Белонини (л. 51 на обор.), К. держалъ эти обручи не правильно; неправильность эту замѣтила даже публика, слѣдствіемъ этого было паденіе С. съ лошади и разбитіе о гвозди на обручѣ кожи лба. Хотя указанные свидѣтели, а также и другіе прямо не утверждаютъ объ умысленности поступка К., но въ показаніи просвѣчиваетъ подозрѣніе о возможности этого, такъ какъ К. хвастливъ и завистливъ къ каждому успѣху сотоварищей. О С. же передаютъ, что въ Полтавѣ онъ былъ «лю-

бимцемъ публики» и по этому поводу, какъ говоритъ Максимиліанъ Трутцци, К. говорилъ С., «ну, ты здѣсь больше нравишься, тебя любятъ, я тебя здѣсь не трону, я тебя въ другомъ городѣ доѣду, побью», (л. 44).

Такимъ образомъ этими свидѣтельскими показаніями вполне устанавливается, кромѣ задолго начавшагося у С. злоупотребленія алкогольными напитками, еще наличность раздражающихъ моментовъ. Правда эти раздраженія не особенно серіозны сами по себѣ, но они серіозны по тому вліянію, которое они производили на С., такъ какъ онъ выходилъ изъ терпѣнія, и потому что свидѣтели раздраженія эти называли «возмутительными». Другихъ указаній въ предварительномъ слѣдствіи, объясняющихъ иначе отношенія между С. и К., не имѣются. Какимъ образомъ провелъ С. день 20 августа, день покушенія на убійство?

Наиболѣе раннее время «послѣ одинадцати часовъ утра, свидѣтельствуемъ Сальмоновичъ, парикмахеръ на Александровской улицѣ, куда С. зашелъ стричься. Сальмоновичъ передаетъ свой разговоръ съ нимъ:» когда оканчивалъ стричь, онъ С., спросилъ меня, гдѣ бы можно купить маленькій револьверъ. На вопросъ мой: «зачѣмъ вамъ револьверъ», С. отвѣтилъ: «я сдѣлалъ себѣ черкесскій костюмъ, такъ и револьверъ нуженъ, для этой формы.» О состояніи, въ которомъ находился въ то время С., Сальмоновичъ объясняетъ: «я замѣтилъ только довольно значительную красноту на его лицѣ, а былъ ли онъ пьянъ—сказать не могу, потому что запаха водки отъ него я не слышалъ, ходилъ онъ ровно и говорилъ, какъ слѣдуетъ» (л. 80 и на обор.). Узнавши, что оружейный магазинъ находится рядомъ, онъ, по показанію Шиндлера, пришелъ «въ 1 часъ по полудни», выбралъ изъ двухъ предложенныхъ револьверовъ въ 7 руб. и въ 10 рублей, болѣе дорогой; спросилъ о немъ «хорошъ ли онъ и не даетъ ли осѣчки», далъ задатокъ 4 рубля и «черезъ полчаса примѣрно» принесъ остальные. Состояніе, въ которомъ былъ С., Шиндлеръ не замѣтилъ. (л. 66 на обор.). Далѣе Эрманъ удостовѣрилъ, что С., прійдя на репетицію, «отъ 12 до 3-хъ часовъ изъ цирка никуда не отлучался; явился» повидимому тверезымъ, но его сейчасъ же кто то изъ публики сталъ угощать водкой,

а потомъ и онъ требовалъ водку изъ буфета, такъ что къ тремъ часамъ дня былъ уже пьянъ» (л. 81 на обор.).

«Часа въ три пополудни», какъ показываетъ Шаповаловъ, С. «просилъ занять ему 3 рубля, но посмотрѣвъ ему въ глаза, я увидѣлъ, что они мутные и какіе то сумасшедшіе и отказалъ ему; такіе глаза я видѣлъ у него 7-мъ лѣтъ назадъ, когда онъ собирався въ пьяномъ видѣ вѣшаться и затѣмъ бросился съ поѣзда». Далѣе Шаповаловъ прибавляетъ: «когда С. просилъ у меня денегъ, онъ былъ выпивши, но не очень, глаза же его были такъ страшны, что я не могъ смотрѣть на него (л. 52 и на обор.). Припутинъ видѣлъ С.» часу въ 4-мъ по полудни ..... подлѣ конюшенъ цирка Трутци, въ какое время онъ былъ сильно пьянъ» (л. 53).

Чеботаревъ С. «видѣлъ среди дня очень пьянымъ, поэтому желая, чтобы до вечера онъ пришелъ въ себя, я пригласилъ его обѣдать.....; въ это время я замѣтилъ, что онъ не понимаетъ, что говоритъ и дѣлаетъ, такъ какъ не впадалъ отвѣчалъ на мои вопросы и, съѣвъ немного борща, ушелъ не поблагодаривъ даже меня (л. 69). Чеботаревъ съ другими лицами желали поднести ему въ этотъ вечеръ подарокъ и потому то онъ проявляетъ заботу о С., отказавъ даже ему передъ обѣдомъ въ водкѣ.

Луиза Трутци передаетъ, что С. часовъ около пяти по полудни взялъ 5 руб. и былъ пьянъ настолько, что шатался» (л. 44).

Строкай рассказываетъ, что «С. передъ вечеромъ явился домой сильно пьяный, просилъ меня дать ему стаканъ чаю, выпивши который, лежалъ на травѣ во дворѣ и плакалъ, а уходя въ циркъ, сказалъ мнѣ: «это мой послѣдній день» (л. 50).

Приставъ Григорьевъ сообщаетъ о «какомъ то безпокойномъ состояніи» С. передъ циркомъ, когда онъ взволнованный входилъ то въ циркъ, то въ уборную, то на площадь. На вопросъ «что съ вами», отвѣтилъ «ничего». Предварительно спрошенный объ участіи въ представленіи, онъ какъ-бы выведенный изъ задумчивости, сказалъ сначала: «а?», а затѣмъ отвѣтилъ: «буду, буду». (л. 11 на обор.).

«За четверть часа» (до стрѣлянія въ К.), какъ показываетъ Прозерпи; «С. заходилъ въ уборную и былъ уже настолько пьянъ, что не зналъ что дѣлаетъ; попросилъ у меня папиросу и когда я отвѣтилъ, что не имѣю, вынулъ изъ кармана свою коробку папиросъ, взялъ себѣ одну папиросу, а остальные съ коробкой бросилъ мнѣ подъ ноги, и за тѣмъ началъ пѣть подъ игравшую въ циркѣ музыку» (л. 48). Непосредственно передъ выстрѣломъ Белонини пилъ съ С. въ буфетѣ цирка—«красное вино»; уходя въ уборную встрѣтилъ К., «шедшаго въ буфетъ», при чемъ онъ удостовѣряетъ, что С. былъ пьянъ (л. 51).

Изъ показанія К. самый моментъ покушенія происходилъ такъ: входя въ буфетъ, онъ замѣтилъ знакомую барышню, сталъ выходить за ней черезъ парадную дверь, но «едва вышелъ» за порогъ парадной двери,—какъ сидѣвшій подлѣ той двери С., облокотившійся на столъ, выстрѣлилъ въ него. Когда К. сталъ бѣжать, то С., какъ видно изъ вышеприведеннаго показанія пристава Григорьева, догоняя его, дѣлаетъ въ толпѣ второй и третій выстрѣлы. Послѣдній выстрѣлъ, попавши въ голову К., производитъ легкую кожную рану на волосистой части головы. Состояніе его при арестѣ было таково, что, какъ заключаетъ Григорьевъ, «едва ли онъ видѣлъ даже, что передъ нимъ полицейскій чиновникъ» (л. 13).

«Послѣ выстрѣловъ, сдѣланныхъ въ К., онъ бѣжалъ въ циркъ съ блуждающими глазами, блѣдный и съ пѣной у рта» (л. 45 на обор.) и «вбѣжавъ на арену цирка, закричалъ, что онъ» убійца К. за любовь къ Мартѣ С. (л. 39 на обор.).

Послѣ выстрѣла, по показанію Чеботарева, «С. имѣлъ видъ совершенно сумасшедшаго человѣка, по этому стали кричать, чтобы полиція взяла его,—такъ какъ онъ можетъ перестрѣлять всѣхъ людей». (л. 69).

Отправленный въ полицію, онъ на слѣдующій день, при посѣщеніи его присланнымъ съ хлѣбомъ работникомъ Истомина, жаловался ему, «что ужасно хочетъ выпить рюмочку водки, такъ какъ его сильно «сосетъ». (л. 71).

Такимъ образомъ по даннымъ предварительнаго слѣдствія видно несомнѣнно, что уже въ 12 часовъ дня,

угощенный кѣмъ-то изъ публики, онъ началъ пить и къ 3 часамъ былъ пьянъ. Непосредственно передъ самымъ преступленіемъ замѣчалась разсѣянность, и возбужденность. Самые выстрѣлы происходили при обстановкѣ недопускающей отчетливаго отношенія къ самому себѣ и къ окружающимъ. Послѣ выстрѣловъ проявляетъ экзальтированность и дѣлаетъ публикѣ непонятныя заявленія. Внѣшній видъ его при этомъ рѣзко измѣнился, такъ что вызвалъ у окружающихъ страхъ. На слѣдующій день, послѣ этого страннаго покушенія, испытываетъ какія то тягостныя ощущенія, опредѣляемыя имъ словомъ «сосетъ».

Въ предварительномъ слѣдствіи есть, хотя и не много, данныя о предшествующей жизни С., еще до поступления его въ циркъ. Дядя, С., Василій Сыченко, фельдшеръ при тюремной больницѣ въ Пензѣ, отрицая заблѣванія душевными и нервными болѣзнями у родственниковъ его, а также сифилисъ, глухонѣмоту, уродства, наклонности къ преступленіямъ и самоубійствамъ, прибавляетъ, что «родители его предавались злоупотребленію спиртными напитками». Объ С. также передаетъ, что «онъ предавался злоупотребленію спиртными напитками съ малолѣтства». Обнаруживалъ даже «душевное разстройство года три—четыре тому назадъ, когда онъ покушался на самоубійство», (л. 96) при чемъ его лечилъ докторъ Васильевъ.

Д-ръ Васильевъ, отказываясь припомнить отъ чего лѣчилъ С. — «отъ бѣлой горячки или какой либо другой болѣзни», прибавляетъ: «я хорошо помню, что С. весьма часто злоупотреблялъ спиртными напитками, такъ какъ часто видѣлъ я его во время представленія пьянымъ»..... «онъ былъ недалекъ въ своемъ умственномъ развитіи; «какъ наѣздникъ же былъ отчаянный и чрезвычайно смѣлъ» и черезъ это онъ падалъ во время представленія «на всемъ скаку» и «нерѣдко» получалъ «ушибы въ голову о барьеръ» (л. 95 и на обор.). Кромѣ ушибовъ головы, указываемыхъ докторомъ Васильевымъ, С. многократно получалъ ушибы и въ другихъ мѣстахъ. Максимилианъ и Луиза Трутцци свидѣтельствуютъ, что «неоднократно падалъ во время представленій въ циркѣ и ушибалъ себѣ голову и плечи, при чемъ иногда къ нему приглашали

врачей для лѣченія» (л. 44), а также «получалъ такіе сильныя ушибы въ голову, что его замятво поднимали и уносили» (л. 45 и на обор.). Франкони, говоря о случаѣ въ Симферополѣ, рассказываетъ,—что С. «ушибъ голову, такъ что нѣсколько минутъ находился въ безсознательномъ состояніи»,--и часто выбивалъ себѣ плечи (л. 47). Строкай рассказываетъ о случаѣ въ Харьковѣ, гдѣ ушибъ былъ такъ силенъ, что даже очень долго лечился. (л. 49). Белонини также передаетъ объ одномъ случаѣ ушиба головы, при чемъ С. былъ поднятъ въ безсознательномъ состояніи (л. 51 на обор.).

Самъ С. о своемъ прошломъ рассказалъ согласно съ показаніями свидѣтелей. До 15 лѣтъ онъ жилъ дома у родителей, занимался торговлей, спиртныхъ напитковъ не употреблялъ и никакими болѣзнями не страдалъ; въ это время умерла «отъ чахотки мать» и онъ поступилъ въ циркъ. Съ этого же времени началъ иногда заниматься «онанизмомъ», а иногда предавался «половымъ излишествахъ съ женщинами», при чемъ болѣлъ «триперомъ и бобономъ». „Года три—четыре тому назадъ“, въ г. Пензѣ болѣлъ „бѣлой горячкой“. „Падалъ и получалъ ушибы въ разныя части тѣла неисчислимое число разъ“. Семь лѣтъ тому назадъ ушибъ голову въ Воронежѣ, такъ что „отливали водой; былъ пол-дня безъ памяти и бредилъ“ но „сильнѣе всего“ ушибся въ прошломъ году въ Харьковѣ, его вынесли студенты и „бывшій тамъ профессоръ Грубе опасался сотрясенія мозга“; послѣ этого его навѣщали двѣ недѣли студентъ—медикъ. Въ послѣднее время С. получаетъ 150 руб. жалованья въ мѣсяцъ, но раньше „такъ было распился, что не хотѣли никуда принимать въ циркъ и претерпѣвалъ всевозможныя лишенія: ходилъ, что называется, голый, босый и голодный“ (л. 58 на обор. л. 50 и на обор.).

Всѣ вышеописанныя данныя, касающіеся какъ прежней жизни С., такъ момента покушенія и послѣдовательнаго состоянія побудили слѣдователя освидѣтельствовать С., съ цѣлью опредѣленія состоянія умственныхъ способностей въ моментъ совершенія преступленія и въ настоящее время. Врачъ, при освидѣтельствovanіи 15 сентября, не нашелъ никакихъ измѣненій въ грудной и брюшной полостяхъ; а на предложенные вопро-



сы С. отвѣчалъ „совершенно покойно и разумно“ (л. 106 на обор.). На лѣвой темянной кости былъ едва примѣтенъ бѣлаго цвѣта рубецъ, длиною около 2-хъ сантиметровъ, совершенно подвижный и безболѣзненный; на правой малоберцовой кости—шереховатый слѣдъ хорошо сросшагося перелома. Эти отрицательныя данныя привели эксперта къ заключенію, что „какъ въ физическомъ отношеніи, такъ и въ отношеніи состоянія его умственныхъ способностей С. въ настоящее время совершенно здоровъ“. (л. 107). Свѣдѣнія объ образѣ жизни и поведеніи С. не допускаютъ какого либо положительнаго заключенія для сужденія о состояніи умственныхъ способностей, онѣ даютъ право „предполагать, что нѣкоторыя уклоненія психической дѣятельности происходили по всей вѣроятности отъ излишняго употребленія спиртныхъ напитковъ“. (л. 107).

Въ своемъ окончательномъ постановленіи судебный слѣдователь по важнѣйшимъ дѣламъ, дѣлая серіозный анализъ всѣхъ обстоятельствъ настоящаго дѣла, по отсутствію другихъ мотивовъ, приходитъ къ заключенію, что вопросъ о состояніи умственныхъ способностей можетъ быть рѣшенъ при продолжительномъ испытаніи С. въ спеціальномъ заведеніи для душевно-больныхъ.

По этому Полтавскій окружный судъ препроводилъ 5-го октября сего 1889 года Николая С. въ лѣчебницу душевно-больныхъ для испытанія.

При поступленіи С. жаловался на постоянную головную боль, преимущественно въ затылочной области; по временамъ появляющійся страхъ и какую-то спутанность въ мысляхъ, такъ что онъ не въ состояніи излагать своихъ мыслей, какъ прежде. О своей жизни, занятіяхъ, образѣ жизни онъ рассказывалъ согласно вышеизложенному по предварительному слѣдствію. Исключивши вначалѣ всякую наслѣдственность къ заболѣванію душевной сферы, спустя нѣкоторое время онъ припомнилъ, что родная сестра его страдаетъ припадками эпилепсіи. Рассказывая о своей запойной страсти къ водкѣ, передаетъ послѣдовательныя ощущенія въ видѣ постоянного неопредѣленнаго страха и боязни, сопровождаемой сердцебіеніемъ и безсонницей.

Всѣ передаваемыя ощущенія въ основѣ своей имѣютъ страхъ. Усиленный страхъ, производимый на С. К., вызывалъ обращеніе къ алкогольнымъ напиткамъ, чтобы искусственнымъ возбужденіемъ освободиться отъ этого тягостнаго чувства. Чувство страха заставляло подъ часъ neodѣтаго С. просиживать въ холодномъ мѣстѣ, — такъ какъ въ то время ему казалось, что К. хочетъ его бить, а стыдъ не позволялъ ему сознаваться въ настоящемъ значеніи этихъ странныхъ поступковъ и онъ прибѣгалъ къ мало удовлетворительному объясненію, будто кто-то занесъ его одежду и обувь. Изъ разныхъ разсказовъ С. видно было, что это чувство страха и стыдъ сознаваться въ немъ составляли основу его многихъ отношеній къ окружающимъ и его поведение. Подобный страхъ являлся у него весьма часто въ формѣ совершенно неопредѣленныхъ тягостныхъ ощущений: „идешь себѣ и чувствуешь какъ то странно, будто что-то съ тобой вотъ, вотъ можетъ случиться, что то страшное“. Прибѣганіе къ освобожденію на нѣкоторое время отъ угнетающаго чувства страха къ спиртнымъ напиткамъ, усиливало развивающуюся у него подозрительность. Подозрительность къ К. и раздраженіе С. насмѣшками, угрозами и т. п. были причиной появившейся мысли о замыслѣ К. чего-то противъ него. Это напряженное состояніе все усиливалось, пока не окончилось покушеніемъ на К. Какъ это произошло, что послужило послѣднимъ толчкомъ? „я и самъ не знаю“ отвѣчаетъ С.

Физическое изслѣдованіе ни дегенеративныхъ признаковъ, ни измѣненій въ грудной полости не открываетъ. На темянно-затылочной части находится неровность, — слѣдъ бывшей травмы. Въ брюшной полости открывается значительно растянутый желудокъ и вздутый кишечный каналъ. Печень нормальна. Чувствительность повсюду въ предѣлахъ нормы. Умѣренное повышеніе сухожильныхъ и мускульныхъ рефлексовъ. Незначительное малокровіе; умѣренное-увеличеніе паховыхъ лимфатическихъ железъ: за все время пребыванія въ лѣчебницѣ обнаруживалъ слабые признаки ослабленія памяти и затрудненіе въ ходѣ мышленія. Мысли его временами какъ-бы прерывались и онъ забывалъ, что хотѣлъ сказать. Въ сферѣ ощущений не замѣча-

лось рѣзкихъ колебаній и угнетающихъ аффектовъ. Онъ всегда былъ скромнѣе, тихъ, вѣжливъ и терпѣливъ. Большую часть времени проводилъ въ чтеніи книгъ. Питаніе и сонъ все время были удовлетворительны.

Такимъ образомъ, при отсутствіи разстройствъ въ психической сферѣ, необходимо прійти къ заключенію, что въ настоящее время Николай С. въ отношеніи состоянія умственныхъ способностей,—здоровъ.

Каково-же было состояніе С. въ моментъ совершенія преступленія и каково оно у него бываетъ вообще при состояніяхъ опьяненія, когда происходятъ, какъ указываютъ свидѣтели, рѣзкія измѣненія въ психической сферѣ и измѣненія даже во внѣшнемъ видѣ? Дѣйствительно, при опьяненіи можетъ быть такое состояніе умственной сферы, чтобы, сохраняя нѣкоторые элементы сознанія, возможно было совершать поступки безъ контроля его и не сохранять въ памяти о совершенномъ при прохожденіи опьяненія? Всѣмъ извѣстно, что алкоголь вызываетъ такое состояніе психической сферы, при которомъ процессы какъ мыслительной дѣятельности, такъ чувствительной и двигательной рѣзко измѣняются. Измѣненіе это является въ двухъ періодахъ. Первый періодъ ускоренія хода представленій и облегченія ассоціаціонныхъ процессовъ, повышенія перцепціи впечатлѣній, при ослабленной апперцепціи, т. е. полученія такихъ впечатлѣній, которыя доходятъ до сознанія и оставляютъ въ немъ слѣды, могущій быть впоследствии воспроизведеннымъ; въ чувствительной сферѣ замѣчается подъ часъ рѣзкое измѣненіе настроенія то веселое, экзальтированное, то угнетенное и грустное; реакція организма, находящагося подъ вліяніемъ алкогольнаго яда, гармонируетъ съ измѣнившимся настроеніемъ, то онъ терпѣливъ, всепрощающій, видя все ярко окрашеннымъ, то напротивъ раздражителенъ, злобенъ и сообразно этому разряды его нервного зараженія будутъ носить характеръ разрушительный.—Второй періодъ носитъ характеръ угнетенія; угнетеніе это замѣчается во всѣхъ сферахъ психики: воспріятіе впечатлѣній и образованіе представленій ограничены, ходъ ихъ замедленъ и подчасъ теченіе представленій обрывается; въ настроеніи духа преобладаетъ индифе-

рентизмъ; двигательная сфера, какъ выраженіе суммы психической дѣятельности, ослабляется. Этотъ общій характеръ вліянія алькоголя на организмъ, кромѣ извѣстной индивидуальности измѣняется еще подѣ вліаніемъ многихъ условій. Количество и качество алькоголя, виды его, совмѣстное употребленіе ихъ, принятіе съ пищей или безъ нея, окружающая температура, состояніе пищеварительныхъ путей, утомленіе, настроеніе духа, продолжительность воздержанія отъ спиртныхъ напитковъ и пр., — все это оказываетъ вліяніе на характеръ измѣненій, производимыхъ въ организмѣ, при его употребленіи. Прослѣдить вліяніе разныхъ условій на измѣненія производимыя въ организмѣ, не входитъ въ настоящую задачу; болѣе интереснымъ представляется въ данномъ случаѣ показать — какія происходятъ измѣненія въ механизмѣ психической дѣятельности, когда алкоголь дѣйствуетъ на специфически измѣненный организмъ. Организмъ, долго и часто находящійся подѣ разрушительнымъ вліаніемъ алькоголя, на столько измѣняется въ физическомъ и психическомъ смыслѣ, что передаетъ нѣкоторыя особенности и своему послѣдующему поколѣнію. Главный характеръ замѣчаемыхъ здѣсь психическихъ разстройствъ состоитъ въ явленіяхъ психической слабости, возрастающей недостаточности нравственныхъ и познавательныхъ отправленій. Первые симптомы обыкновенно проявляются въ нравственной сферѣ. Преданный пьянству человѣкъ обнаруживаетъ болѣе шаткія возрѣнія на честь, обычаи и приличіе. Рука объ руку съ этимъ идетъ все усиливающаяся раздражительность характера и поистинѣ — звѣрская гнѣвливость. Ничтожнѣйшими поводами вызываются подозрительнаго свойства душевныя волненія, доходящія до взрывовъ слѣпаго бѣшенства, которые подобный человѣкъ, при своей возрастающей нравственной слабости, сдерживать уже не способенъ и которые носятъ на себѣ явный отпечатокъ болѣзненныхъ аффектовъ. Временами, въ особенности по утрамъ, появляется глубоко мрачное настроеніе, болѣзненный упадокъ духа, доходящій до отвращенія къ жизни, и являются попытки на самоубійство; состояніе это, вслѣдъ за возобновленнымъ употребленіемъ алькоголя, на время снова исчезаетъ. Поразительное явленіе у большинства алького-

ликовъ представляетъ бредъ о томъ, что ихъ обманываютъ въ половомъ отношеніи—такъ называемый бредъ супружеской невѣрности, или вообще бредъ ревности. Наконецъ эти симптомы сопровождаются постепенно возрастающимъ упадкомъ умственныхъ способностей *intoto*, который уже рано обнаруживается ослабленіемъ памяти и затрудненнымъ ходомъ мышленія. Кромѣ подозрительности, у хроническихъ алкоголиковъ являются иногда иллюзіи зрѣнія, которыя подъ часъ бываютъ причиной насильственныхъ поступковъ у людей.

Механизмъ психической дѣятельности и организма, съ ослабленіемъ сдерживающихъ центровъ рефлексы, совершается подъ преобладаніемъ понуждающаго „чувственного тона“ и уже подъ вліяніемъ этого понужденія совершается рефлекторно двигательный актъ; этотъ переходъ бываетъ только при значительно усиленномъ возбужденіи чувственныхъ центровъ, такъ что получается неуправляемое стремленіе, обходящее промежуточную интеллектуальную цѣпь и результатомъ возбужденія является болѣзненный поступокъ.

Вышеуказанное состояніе мы встрѣчаемъ у Николая С.—С. пьетъ водку съ малолѣтства. Пьетъ ее какъ бы „запоемъ“; страдалъ даже бѣлой горячкой. Въ состояніи опьяненія проявляетъ злобность и гнѣвность до самозабвенія и съ потерей воспоминанія о случившемся при отрезвленіи. Въ трезвомъ состояніи, напротивъ, характеръ его мягкій, добрый и скромный. Но страсть къ водкѣ у него унаслѣдована: отецъ его сильно злоупотреблялъ спиртными напитками. Вотъ эта наследственность и утверждаетъ на степень факта запойный характеръ употребленія алкоголя. Онъ проявляетъ свою нейропатичность, какъ реакціей на алкоголь—возбужденіемъ съ потерей воспоминанія о случившемся, такъ и нѣкоторыми особенностями натуры—онъ боится грома, огнестрѣльнаго оружія. Запой (*dipsomania*)—есть уже психозъ импульсивнаго характера, тождественный съ насильственными представленіями, цедоманіей, клептоманіей, пироманіей, нимфоманіей и др. При такой импульсивности, двигательныя явленія наступаютъ вслѣдствіе непосредственнаго раздраженія органическими причинами психомоторныхъ центровъ и потому на запой смотрятъ, какъ на заболѣваніе центральное.

Такимъ образомъ С., страдающій запоемъ, уже въ силу этого является человѣкомъ ненормальнымъ. Этимъ можно объяснить ту единогласность въ показаніяхъ свидѣтелей относительно состоянія С. при опьяненіяхъ: всѣ его называютъ въ этомъ состояніи сумашедшимъ. Характеръ совершаемыхъ поступковъ, несоотвѣтствіе между причиной и слѣдствіемъ, временами спутанность и непонятность рѣчи, противорѣчіе сказанному, ослабленіе воспріятія впечатлѣній, проявляемая стремительность и гнѣвность, послѣдовательное отсутствіе воспоминаній о случившемся—все это производило впечатлѣніе, что онъ „не понимаетъ, что говоритъ“ и что онъ „сумашедшій“.

По пріѣздѣ въ Полтаву являются новыя обстоятельства, которыя могли усиливать „чувственный тонъ“. Отказъ невѣсты Бенедети отъ предложенія С., далѣе и въ Полтавѣ есть много мѣстъ, напоминающихъ свиданія и любовь къ Мартѣ С., наконецъ раздраженія, производимыя К., который у всѣхъ артистовъ цирка, а у С. въ особенности, вызывалъ чувство страха—всѣ эти мотивы вызывали чувство угнетенія у С.

С. подъ страхомъ „бокса“ К. пьетъ водку; при запойной страсти это равносильно отравѣ, но отравѣ, дѣйствующей разрушительно и на собственный организмъ и рефлекторно съ опасностью для окружающихъ. Кукъ насмѣшками надъ „беззубой“ Бенедети и превознесеніемъ красоты Марты С. воскрешаетъ образъ ея, клятвы, свиданія и пр. Постоянно чувствуя страхъ, неизбѣжный у запойныхъ пьяницъ, подъ вліяніемъ насмѣшекъ, угрозъ высокомернаго, вызывающаго положенія и, быть можетъ случайнаго, разбитія себѣ лба при прыганіи черезъ обручи, которые держалъ К., у С. является реальное основаніе для усиленія подозрительности и страха опасаться за свою жизнь, на которую будто-бы замышляетъ К. Наконецъ, за два дня передъ покушеніемъ происходитъ сцена въ буфетѣ цирка, гдѣ при публикѣ К. относился пренебрежительно къ С. и показалъ ему какое несоотвѣтствіе въ силѣ существуютъ, между ними: огарокъ и тяжело-вѣсный подсвѣчникъ. Чувство страха и подозрительное отношеніе къ К. постоянно росли и онъ пожелалъ привести въ исполненіе давнишнюю свою мысль ку-

пить себѣ револьверъ для защиты. Разстройство въ мыслительной сферѣ у него не было, — его терзало чувство страха; страхъ — этотъ „чувственный тонъ“ — руководилъ его дѣйствіями. По этому онъ парикмахеру и сказалъ неправду относительно назначенія покупаемаго револьвера. При сохраненіи логичности процессовъ въ импульсивныхъ психозахъ, эта неправда не можетъ быть разсматриваема какъ уловка человѣка заранѣе задумавшаго преступленіе, въ каковомъ С. и не обвиняется, а какъ средство достигнуть цѣли — приобрести револьверъ для защиты — и не обнаружить своего состоянія. Стремленіе скрывать свое состояніе обычно у лицъ, находящихся подъ вліяніемъ терзающихъ угнетеній, почему такія лица еще болѣе удивляютъ постороннихъ послѣдовательными дѣйствіями, являющимися совсѣмъ неожиданно и немотивированно.

Болѣе странными являются его слова: „это мой послѣдній день“. Можно думать, на основаніи теченія этихъ состояній, что у него было желаніе — убить самого себя; намекъ на это мы встрѣчаемъ въ показаніи пристава Григорьева, которому С. отвѣчалъ, что „быть можетъ и себя бы убилъ“ (л. 13). Въ этотъ день были и пріятныя ему ощущенія: его угощали водкой, хотѣли поднести подарокъ и т. п., что могло косвенно измѣнить его рѣшеніе. Такимъ образомъ состояніе запоя, опьяненіе и долго продолжающійся страхъ были той психической основой, на которой произошелъ этотъ странный импульсивный актъ. Быть можетъ здѣсь былъ аффектъ? Для аффекта — нѣтъ данныхъ. Хотя предъидущее состояніе имѣло много накапливающихся раздраженій, въ видѣ всякихъ насмѣшекъ, угрозъ и пр. К., но второго момента — сильнаго раздраженія передъ совершеніемъ преступленія не было, также не было того разрѣшающаго состоянія, когда сознаніе и общее чувство вступаютъ въ свои права, и человѣкъ, облегчившись отъ нервнаго заряженія, начинаетъ раскаиваться въ совершенномъ. И этого состоянія не было; напротивъ, С., освободившись отъ угнетающаго чувства страха, продолжалъ говорить несообразности и оставался въ возбужденномъ состояніи.

Возможно ли допустить эпилепсію у С. въ той формѣ, при которой не наблюдается судорожныхъ припадковъ,

а замѣчается только измѣненіе въ сферѣ сознанія, совершеніе цѣлаго ряда автоматическихъ поступковъ и послѣдовательно объ всемъ этомъ не сохраняется воспоминаній. Для такой эпилепсіи у С. существуютъ элементы: пьянство родителей, пьянство самого, — травмы головы, измѣненіе въ глазахъ, и такой общій видъ, что вызывалъ страхъ у окружающихъ и, если только это вѣрно, страданіе эпилепсіей родной сестры. На этомъ основаніи съ полнымъ правомъ нельзя исключить таковой эпилепсіи у С.; для утвержденія такого состоянія требовалось бы наблюденіе, продолжающееся годами.

Если у Николая С. отсутствуетъ аффектъ и условно эпилепсія, то состояніе нами вышеопредѣленное можно назвать опьяненіемъ запойнаго пьяницы, находящагося подъ вліяніемъ угнетающихъ аффектовъ, при которыхъ онъ не могъ понимать значенія совершаемаго и руководить своими дѣйствіями, т. е. въ состояніи умоизступленія, доходящаго до безпамятства.

Въ настоящее же время, какъ упомянуто выше, Николай Львовичъ С. умственно здоровъ.

---



# Сифилисъ мозга и его леченіе.

Проф. П. И. Ковалевскій.

## ЛЕКЦІЯ ЧЕТВЕРТАЯ.

### Общій сифилитическій ложный параличъ (*Pseudo-paralysis generalis syphilitica*).

Мм. Гг.! Въ началѣ текущаго столѣтія англійскій ученый Prichard первый тщательно описалъ клиническую картину общаго прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ (*Paralysis generalis progressiva alienatorum*), — онъ же установилъ первый, что это есть болѣзнь *sui generis*. Мало по мало къ клинической сторонѣ установленной болѣзни новые наблюдатели присоединяли новые признаки, а другіе занялись изученіемъ причинъ, патологической анатоміи и леченіемъ данной болѣзни. Путемъ многолѣтняго наблюденія установлено было, что болѣзнь эта развивается преимущественно у людей развитыхъ, умственныхъ тружениковъ, добывающихся общественнаго положенія собственнымъ умомъ и энергіей и ведущихъ отчаянную борьбу за существованіе. Это была главная и основная причина прогрессивнаго паралича. Къ этому прибавили нѣкоторые многія жизненные неудобства, злоупотребленіе алкоголемъ, злоупотребленіе половыми излишествами и пр., но о сифилисѣ говорили очень не многіе. Такъ, въ 1857 г. Esmarch и Iessen высказали положеніе, что всѣ случаи прогрессивнаго паралича обязаны своимъ происхожденіемъ сифилису, — однако ихъ положеніе не произвело особеннаго впечатлѣнія и было очень скоро забыто.

Дальнѣйшія однако клиническія наблюденія показали, что рядомъ съ общимъ прогрессивнымъ параличемъ стоятъ очень подобныя болѣзненные состоянія, причинные моменты которыхъ совершенно отличны отъ таковыхъ же истиннаго настоящаго паралича и имѣютъ свою особенную причину для каждой группы заболѣванія отдѣльную. Таковы заболѣванія вслѣдствіе злоупотребленія алкоголемъ, отравленія свинцомъ, окисью углерода, пеллягрознымъ ядомъ и пр. Всѣ эти клиническія формы, какъ отличныя по своему причинному моменту отъ истиннаго паралича, назвали *ложными параличами*. Соотвѣтственно этому Fournier создалъ особую клиническую форму общаго паралича сифилитическаго происхожденія и назвалъ его *сифилитическимъ ложнымъ параличемъ* (pseudo-paralysis syphilitica). Эта болѣзнь, по Fournier, отлична отъ общаго паралича не только въ причинномъ отношеніи, но отчасти и въ клиническомъ. Однако Foville тогда же заявилъ, что клиническая разница между этими двумя состояніями настолько ничтожна, что далеко не всегда между ними можно установить дифференціальныя діагнозы, почему и самый терминъ pseudo-paralysis syphilitica является излишнимъ.

Въ дальнѣйшемъ явились клиницисты, которые стали очень энергично поддерживать эту несостоятельность отдѣленія pseudo-paralysis syphilitica отъ paralysis generalis, но основаніемъ своему отрицанію ставили иной исходный пунктъ. Kjellberg, Steenberg, Rhomell, Cuylitis <sup>1)</sup> и друг. высказали тотъ взглядъ, что сифилисъ служитъ причиннымъ моментомъ не только для ложнаго паралича, но и для всѣхъ случаевъ общаго паралича. Obersteiner же и Rumpf утверждаютъ, что сифилисъ, по отношенію къ общему параличу и псеудо-параличу, даетъ одинаковую картину не толь-

<sup>1)</sup> Cuylitis, Bullet. med. ment Belg, 1890.

ко въ клиническомъ отношеніи, но и въ паталого-анатомическомъ. Такимъ образомъ оказалось, что сифилисъ служитъ основною причиною не только псейдо-паралича, но и общаго паралича. Очевидно, что послѣдній взглядъ, гласящій что нѣтъ общаго паралича безъ сифилиса, является крайностью, которая вызвала другой крайній взглядъ, отрицающій всякое участіе сифилиса, какъ причиннаго момента въ общемъ параличѣ и псейдо-параличѣ. Особенно энергично въ этомъ отношеніи высказался Magnan. По его мнѣнію, сифилисъ самъ по себѣ не даетъ никакого умственнаго разстройства, а является только однимъ изъ импульсовъ, окончательно нарушающихъ умственное равновѣсіе и тѣмъ самымъ способствующимъ человѣку, къ тому предрасположенному, подвергнуться душевному заболѣванію. Такимъ образомъ сифилисъ является только внѣшнимъ случайнымъ толчкомъ, перевѣшивающимъ вѣсы наслѣдственной неустойчивости въ пользу сумашествія, самъ же по себѣ сифилисъ не даетъ сумашествія. Такимъ способомъ могутъ возникать всевозможныя формы душевныхъ заболѣваній, и даже та клиническая картина, которую называютъ сифилитическимъ псейдо-параличемъ, но на дѣлѣ это будетъ общій параличъ, развившійся между прочимъ и вслѣдствіе случайнаго воздѣйствія сифилиса, почему и самому термину *pseudo-paralysis syphilitica* нѣтъ мѣста въ научной терминологіи. Christian, не соглашаясь съ универсальнымъ значеніемъ сифилиса въ отдѣлѣ общаго паралича, приводитъ слѣдующее возраженіе: сифилисъ распространенъ равномѣрно какъ между мужскимъ, такъ и между женскимъ поломъ,—мало того, женщины нерѣдко служатъ даже носителями сифилиса; между тѣмъ прогрессивный параличъ всю свою тяжесть падаетъ почти исключительно на мужскую половину человѣческаго рода. Но противъ этого нужно возразить, что у

женщинъ вообще мозговой сифилисъ явленіе весьма рѣдкое, а потому и неудивительно, что и прогрессивнымъ параличемъ женщины заболѣваютъ очень рѣдко. — Далѣе, противники универсальнаго значенія сифилиса возражаютъ, что, при специфическомъ леченіи тѣхъ случаевъ паралича, въ основѣ которыхъ лежитъ сифилисъ, леченію легко поддаются явленія, зависящія отъ сифилиса, и остаются неприкосновенными явленія общаго паралича. При этомъ однако обходится то обстоятельство, что часть патолого-анатомическихъ измѣненій въ мозгу паралитиковъ обусловливается сифилитическими пораженіями, — другая же часть является послѣдствіемъ этихъ измѣненій, въ формѣ дегенерацій, атрофій, рубцовъ и проч. Естественно, что специфическое леченіе окажется могущественнымъ только по отношенію къ специфическимъ образованіямъ и совершенно безсильнымъ по отношенію къ послѣдовательнымъ измѣненіямъ въ нервномъ веществѣ, по отношенію къ которымъ приходится примѣнять противонервные спеціальныя способы леченія. Кромѣ того не должно забывать и того обстоятельства, что бывають случаи сифилитическихъ пораженій, когда меркуріальное леченіе остается безсильнымъ, между тѣмъ какъ іодистое леченіе оказываетъ чудотѣйственное вліяніе, — и наоборотъ; все равно какъ бывають случаи лихорадки, неподдающіеся самымъ большимъ пріемамъ хины и излѣчиваемые самыми простыми средствами. — Наконецъ, противники приводятъ слѣдующее возраженіе: не сифилисъ порождаетъ прогрессивный параличъ, а напротивъ, прогрессивный параличъ нерѣдко оканчивается сифилисомъ. Это абсурдное положеніе основывается на слѣдующихъ соображеніяхъ: въ первомъ періодѣ прогрессивнаго паралича паралитики очень часто эротичны, причемъ вмѣстѣ съ тѣмъ весьма неразборчивы въ средствахъ къ удовлетворенію своей похотливости, —

и вотъ въ этихъ-то случаяхъ они и заполучаютъ сифилисъ. Противъ такихъ доводовъ едва ли можно что отвѣтить,—да едва ли и стоитъ отвѣчать.

Такимъ образомъ возраженія противниковъ сифилиса, какъ причиннаго момента при прогрессивномъ параличѣ, довольно таки легковѣсны и число сторонниковъ все болѣе и болѣе увеличивается въ ряду первокласныхъ клиницистовъ, причемъ не послѣднюю роль начала играть и строго-научная статистика. Впрочемъ статистика дѣло условное: въ то время какъ Mendel находилъ при прогрессивномъ параличѣ сифилисъ въ 76<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.—Магнап нашелъ его только въ 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Относительно старыхъ статистическихъ данныхъ дѣло легко разъясняется: въ нихъ сифилисъ занимаетъ невидное значеніе потому, что его тамъ не искали,—въ настоящее же время количество сифилиса въ случаяхъ общаго паралича прямо пропорціонально сочувствію или несочувствію наблюдателя современному направленію, придающему сифилису большое значеніе въ дѣлѣ заболѣванія прогрессивнымъ параличемъ.

Сколь важное значеніе представляетъ сифилисъ въ дѣйствительности въ причинномъ отношеніи въ отдѣлѣ общаго паралича доказывается слѣдующими отзывами серьезныхъ ученыхъ клиницистовъ. Егб говоритъ: «кто не имѣлъ сифилиса, тотъ можетъ не бояться прогрессивнаго паралича». Marie говоритъ: «каково бы ни было предрасположеніе субъекта, безъ сифилиса онъ не будетъ параликомъ». Savage выражается такъ: чѣмъ тщательнѣе я анализирую случаи душевныхъ заболѣваній, тѣмъ чаще я встрѣчаю въ числѣ причинныхъ моментовъ сифилисъ. Интересныя соображенія въ этомъ отношеніи приводитъ McDowal. Извѣстно, что квакеры ведутъ весьма нравственную жизнь и сифилисъ въ ихъ средѣ явленіе весьма и весьма рѣдкое. И вотъ оказывается, что въ квакерской лечеб-

ницѣ для душевно-больныхъ за 83 года ея существованія получилось всего только *три* случая общаго паралича.

Высказавъ мнѣнія за—и противъ сифилиса, какъ причиннаго момента въ области прогрессивнаго паралича и псейдо-паралича, мы должны однако разрѣшить вопросъ: каково же дѣйствительное положеніе сифилиса въ этомъ отношеніи?

Въ дѣйствительности дѣло обстоитъ такъ: при строгомъ разборѣ всѣхъ случаевъ общаго паралича, въ клиническомъ и причинномъ отношеніяхъ, ихъ можно раздѣлить на двѣ группы—общій прогрессивный параличъ помѣшанныхъ (*paralysis generalis progressiva alienatorum*) и общій ложный сифилитическій параличъ (*pseudo-paralysis generalis syphilitica*), которые отличаются между собою кромѣ того и въ отношеніи къ предсказанію, такъ какъ общій параличъ помѣшанныхъ съ большимъ трудомъ поддается леченію, тогда какъ псейдо-параличъ сифилитическій не только уступаетъ леченію, но нерѣдко и вылѣчивается (Neumann, Lunier, Rendu, Mickle, Urkhardt и др.).

Далѣе, разборъ случаевъ истиннаго общаго паралича показываетъ, что въ большемъ числѣ случаевъ его въ анамнезѣ и при вскрытіи (Schüle, Lancereaux, Müller, Broidbent и др.) встрѣчается сифилисъ, но клиническая картина болѣзни представляетъ собою не *pseudo—paralysis*, а *paralysis progressiva*.

Разсматривая отношеніе прогрессивнаго паралича къ сифилису, мы должны признать слѣдующія группы: 1. Случаи прогрессивнаго паралича, безъ всякаго соотношенія къ сифилису; 2. случаи прогрессивнаго паралича, при жизни представляющіеся неимѣющими никакого отношенія къ сифилису, но при вскрытіи обнаруживающіе бывшій сифилисъ мозга; 3. случаи прогрессивнаго паралича съ сифилисомъ въ анамнезѣ,

но обязанные своимъ происхожденіемъ другимъ причиннымъ моментамъ; 4. случаи прогрессивнаго паралича, обязанные своимъ существованіемъ сифилису и 5 случаи ложнаго сифилитическаго прогрессивнаго паралича.

Savage <sup>1)</sup> рѣзко отгѣняетъ слѣдующее положеніе: несомнѣнно вѣрно то, что какъ существуетъ большое число общаго паралича *несифилитическаго* происхожденія, такъ точно существуетъ большое число случаевъ общаго паралича чисто сифилитическаго происхожденія. Но кромѣ общаго паралича съ сифилисомъ въ анамнезѣ, мы безусловно встрѣчаемъ огромнѣйшій рядъ случаевъ общаго сифилитическаго ложнаго паралича (*pseudo-paralysis generalis syphilitica*), отличающагося отъ истиннаго паралича какъ въ клиническомъ, такъ и въ прогностическомъ отношеніяхъ. Morel—Lavalée и Bélières ставятъ слѣдующую классификацію общаго паралича:

Paralysis generalis	{	a. paral. gener. prog.	{	обычный эссенціальный параличъ.
		b. Pseudoparalys syph.	{	сифилитическій общій параличъ.
			{	сифиломатозно-нодулярный.
			{	Склеротическ.

*Pseudo-paralysis generalis syphilitica* есть послѣдній этапный пунктъ мозгового сифилиса, это будетъ послѣдняя ступень физическаго и психическаго разрушенія человѣка. Тщательно изслѣдуя случаи *pseudoparalysis generalis syphiliticae*, мы замѣчаемъ у больного:

1. объективные слѣды бывшаго сифилиса въ видѣ рубцовъ и пигментаціи на голеняхъ или другихъ мѣ-

<sup>1)</sup> *Savage*, American Journal of Insanity, 1888, 1.

стахъ тѣла, пакетовъ склерозированныхъ лимфатическихъ железъ, періоститовъ въ области ключицъ, голеней и проч.

2. Заявленіе больного о томъ, что у него былъ твердый шанкръ въ послѣдующими явленіями сифилиса; бываютъ однако случаи, когда мы не встрѣчаемъ данныхъ ни первой, ни второй категоріи, но за то всегда мы встрѣтимъ.

3. Явленія мозгового сифилиса, предшествовавшего, нерѣдко, за много лѣтъ развитію псевдо-паралича: головную боль, упорную безсонницу или усиленную сонливость, дурноту и головокруженіе, скоропроходящіе параличи, эпилептиформные приступы и проч.

4. Какъ заключеніе всего этого получаютъ картина общаго ложнаго сифилитическаго паралича. Явленія псевдопаралича выражаются какъ въ физической, такъ и психической жизни человѣка.

Окружающіе больного, а иногда и самъ больной, замѣтили, что уже, за много лѣтъ до полнаго развитія болѣзни, въ психической жизни больного начала происходить перемѣна: онъ сталъ неспособнымъ такъ остро энергично заниматься и интересоваться дѣлами, какъ прежде, вмѣстѣ съ тѣмъ сдѣлался болѣе безразличнымъ, вялымъ и апатичнымъ. Очень многое изъ того, что прежде его возмущало теперь его нисколько не интересуеть. Безразличіе умственное еще рѣзче отгѣняется безразличіемъ нравственнымъ: религіозное и семейное начало падаетъ,—рѣзче выступаетъ животный эгоизмъ и беззащитность. Настроеніе духа при этомъ бываетъ болѣе безразличное и только изрѣдка прорываются вспышки безсмысленнаго гнѣва, неосновательной печали или дѣтской радости. Иногда у больныхъ развивается ипохондрическое состояніе, но съ явнымъ отгѣнкомъ слабоумія, пустоты и безсодержательности; въ другой разъ больные становятся безсмыс-



ленно расточительны, безпечны въ финансовомъ отношеніи и неразумно щедры.

Очень часто въ мыслительной области является лѣнивое и медленное образованіе идей,—состояніе невозможности выжать какую-нибудь мысль, менѣе быстрое и точное воспріятіе впечатлѣній, ослабленіе вниманія къ окружающей обстановкѣ, непослѣдовательность въ мысляхъ, словахъ и дѣйствіяхъ, неспособность къ умственному напряженію, быстро наступающая умственная утомляемость, забывчивость, ошибки, неловкость въ обращеніи и въ поступкахъ. Fournier говоритъ, что это состояніе представляегъ собою интеллектуальный торпоръ, интеллектуальную астению, психическую депрессию. Это будетъ въ собственномъ смыслѣ слова «параличъ интеллекта». Привязанности больныхъ постепенно слабѣютъ; больные становятся чуждыми своимъ занятіямъ и дѣламъ и живутъ болѣе автоматически. Они не заботятся о себѣ, совершенно опускаются, позволяютъ руководить собою и, какъ дѣти, подчиняются всему съ равнодушной покорностью. Въ рѣдкихъ случаяхъ у нихъ появляются вспышки гнѣва и возбужденія,—иногда безъ всякаго повода они становятся злыми, несговорчивыми, гнѣвливыми, буйными и даже опасными для окружающмхъ.

Рядомъ съ этимъ у такихъ больныхъ всегда развиваются упорные запоры, неправильное отлѣвленіе мочи, частая импотенція, въ состояніи возбужденія дрожь въ рукахъ, тяжелая неправильная рѣчь, обусловленная какъ бы парезомъ языка, при чемъ дрожь и подергиваніе въ губахъ замѣчаются рѣдко (Mickle). Лицо безъ выраженія, одеревенѣлое, при чемъ одна сторона его часто опущена, въ глазахъ легкіе непостоянные страбизмы, зрачки неравномѣрны и часто сужены, иногда начальная атрофія nn. opticozum, или neuritis его. У больного является сильная прожорливость, наклон-

ность къ злоупотребленію табакомъ, алкоголемъ и половыми побужденіями, но послѣднее съ негодными средствами. Однако прожорливость больного нисколько не дѣлаетъ его полнымъ; напротивъ, въ большинствѣ случаевъ они худы, истощены, и отличаются иногда особенною способностью къ изъязвленіямъ, ссадинамъ, ранимости, нарывамъ и проч.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни ярче и ярче выступаютъ явленія слабоумія. Больной теряетъ какъ способность запоминанія, такъ и способность воспоминанія. Правда, онъ часто поддерживаетъ и ведетъ свое дѣло какъ будто правильно; но такая правильность присуща мозговымъ операціямъ слишкомъ привычнымъ и является преимущественно механически. Напротивъ, самыя простыя но не обычныя операціи ставятъ его въ тупикъ и заставляютъ сознаться въ своей немощи. Память теряется или постепенно, или небольшими скачками, или же является внезапная потеря памяти, какъ называетъ Fournier, амнестическій ударъ. Еще одна особенность разстройства памяти при сифилитическомъ параличѣ: память почти совершенно утраченная относительно извѣстныхъ фактовъ, остается почти нетронутою по отношенію къ другимъ; такимъ образомъ рядомъ съ амнезіей современныхъ фактовъ, память о прошломъ можетъ быть сохранена. Соображеніе и способность счисленія падаютъ до крайности; такъ, если заставить больного высчитать въ которомъ году онъ родился, или женился, то сплошь и рядомъ онъ наплететъ несообразность. Иногда больные доходятъ до крайности: забываютъ, какъ ихъ имя, сколько у нихъ дѣтей, какъ зовутъ дѣтей и проч.,—или неспособны бывать высчитать сколько будетъ 7—4.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ у больныхъ въ этомъ періодѣ являются осколки бреда величія и превосходства; но это не имѣетъ ничего общаго съ тою гран-

діозною картиною бреда величія, которая свойственна прогрессивному параличу. Величіе больного выражается безсмысленною широкою тратою и многочисленными покупками, а также неосмысленною похвалъбою и ложью, но ни какъ не опредѣленными бредовыми идеями. Зато рѣзко при этомъ проявляется нечистоплотность, неряшливость, неприличіе, беззастѣнчивость и нравственная разнузданность.

Въ облости двигательной мы замѣчаемъ затрудненную скачущую рѣчь, но весьма рѣдко; скоропроходящіе параличи языка, рѣзко выраженный парезъ одной стороны лица и отсутствіе надлежащаго тонуса въ другой, въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ замѣтна дрожь въ лицѣ; губы плохо работаютъ при выговариваніи словъ, при чемъ они представляютъ скорѣе меньшую способность къ сократительности, нежели усиленную дрожь и сократительность,—языкъ дрожитъ и плохо подчиняется волѣ больного. Такимъ образомъ всѣ эти явленія скорѣе представляютъ мышечный парезъ, нежели усиленную судорожность и сократительность, какъ это бываетъ при общемъ параличѣ. Въ рукахъ рѣзко выраженная дрожь, но рядомъ съ этимъ и паретическія явленія, при чемъ въ одной сторонѣ они гораздо рѣзче выражены и доходятъ почти до паралича,—а въ другой значительно слабѣе. Тоже явленіе наблюдается и въ нижнихъ конечностяхъ; при этомъ рефлексы бываютъ или повышены съ склеротической походкой у больного,—или понижены и даже отсутствуютъ при атактической походкѣ больного. Со стороны прямой кишки и мочевого пузыря недержаніе отдѣленій. Рядомъ съ этимъ крайняя нечистоплотность, неряшливость, небрежность по отношенію къ ихъ собственному платью и тѣлу.

Мало по мало, если больной остается безъ леченія, болѣзнь быстро сводитъ несчастнаго въ могилу.

Рядомъ съ вышеописанными явленіями у больныхъ очень часто бываютъ моноплегіи различныхъ органовъ, какъ: вѣка, руки, ноги и проч.,—чего почти вовсе мы не наблюдаемъ при общемъ параличѣ. За то трофическія разстройства почти вовсе не свойственны общему псейдо-параличу и очень часты при общемъ параличѣ. Ремиссии при общемъ псейдо-параличѣ гораздо длительнѣе и даютъ больному болѣе нормальный видъ, чѣмъ при общемъ параличѣ (Savage). <sup>1)</sup>

По мнѣнію Mouriciac'a, <sup>2)</sup> при сифилитическомъ общемъ параличѣ рѣзче выражено церебральное возбужденіе и пораженіе мозга не бываетъ столь общимъ, какъ при настоящемъ общемъ параличѣ; улучшение при специфическомъ леченіи достигается почти всегда, но *restitutio ad integrum* бываетъ рѣдко.

Saury <sup>3)</sup> отличаетъ истинный общій параличъ отъ ложнаго во 1-хъ тѣмъ, что при первомъ происходитъ массовое пораженіе умственныхъ способностей, а при второмъ частичное,—въ 2-хъ въ истинномъ параличѣ существуетъ параллелизмъ между разстройствами рѣчи и ослабленіемъ умственныхъ способностей,—въ 3-хъ леченіе ртутью и іодомъ можетъ уничтожить сифилитическій параличъ,—истиннаго же паралича они излечить не могутъ.

Наконецъ еще отличіе *ex nocentibus et juvantibus*: псейдо-параличъ подѣ влияніемъ надлежащаго леченія часто поддается излеченію и еще чаще значительному улучшенію; тогда какъ истинный общій параличъ рѣдко поддается улучшенію, при самомъ энергичномъ леченіи, и въ исключительныхъ случаяхъ излеченію.

Dutrebente, <sup>4)</sup> наблюдавшій много случаевъ поправле-

<sup>1)</sup> *Savage*, *The Brain*, 1888, 2.

<sup>2)</sup> *Mauriac*, *Haz. hebdomad.*, 1889, № 20, 21.

<sup>3)</sup> *Saury*, *Bullet. med. ment. Belgig.*, № 58.

<sup>4)</sup> *Dutrebent*, *Bullet. med. ment. Belgiq.*, № 58.

нія и даже излеченія общаго сифилитическаго паралича противосифилитическимъ способомъ леченія, принимая во вниманіе, что не рѣдко трудно добиться истинны въ распознаваніи истиннаго общаго паралича отъ ложнаго, рекомендуетъ примѣнять противосифилитическое леченіе во всѣхъ случаяхъ общаго паралича.

Разумѣется, существуютъ лица съ явнымъ сифилитическимъ заболѣваніемъ, которыя вслѣдствіе особенностей своего организма, не могутъ давать благотѣльныхъ плодовъ подъ вліяніемъ противосифилитическаго леченія, даже въ широкихъ размѣрахъ примѣненнаго (Rovighi <sup>1</sup>),—это однако не можетъ быть примѣнимо къ огромному большинству случаевъ.

*Pseudoparalysis generalis syphilitica* есть послѣднее слово, или послѣдній шагъ сифилиса въ области центральной нервной системы, за которымъ слѣдуетъ одна смерть.

Эта болѣзнь можетъ возникать не только на почвѣ благопріобрѣтеннаго, но и прирожденнаго сифилиса (Strümpel, Бѣляковъ <sup>2</sup>); при благопріобрѣтенномъ сифилисѣ, при прочихъ благопріятныхъ условіяхъ, ложный параличъ является тѣмъ чаще, чѣмъ хуже онъ былъ лечимъ (Regis <sup>3</sup>), чему много помогаетъ еще и то обстоятельство, что въ большинствѣ случаевъ благопріобрѣтеннаго сифилиса съ послѣдующимъ переходомъ его въ ложный прогрессивный параличъ, вторичныя явленія сифилиса бываютъ очень слабо выражены. Это опять таки не мѣшаетъ тому, что даже послѣ многолѣтняго существованія явленій сифилитическаго паралича, при надлежащемъ противосифилитическомъ леченіи, припадки его могутъ исчезнуть (Пастернацкій <sup>4</sup>).

<sup>1</sup>) *Rovighi*, Lo sperimentale, 1883, 4.

<sup>2</sup>) *Бѣляковъ*, Вѣстникъ клинич. психіатріи, VII.

<sup>3</sup>) *Regis*, Progres medical, 1890. N 32.

<sup>4</sup>) *Проф. Пастернацкій*, Архивъ психіатріи, т. II, ч. I.

Начерченный нами ходъ сифилиса представляетъ собою какъ бы одну цѣльную картину, которая разнообразится очень немного различными пробѣлами въ вышеозначенной картинѣ, дополненіями необозначеннаго нами и перестановкою различныхъ отдѣльныхъ членовъ одного цѣлаго.

Но кромѣ вышеизложенной картины, мозговой сифилисъ можетъ принимать самыя разнообразныя формы нервныхъ и душевныхъ расстройствъ. Правильно будетъ сказать, что нѣтъ ни одного нервного или душевнаго расстройства, которое не могло бы быть произведено сифилисомъ, только появленіе остальныхъ нервныхъ и душевныхъ сифилитическихъ заболѣваній встрѣчается несравненно рѣже, чѣмъ вышеизложенная нами классическая форма мозгового сифилиса, которая по праву можетъ быть названа исключительно ей принадлежащимъ, терминомъ «Syphilis cerebri».

Мы не будемъ долго останавливаться на тѣхъ болѣзненныхъ проявленіяхъ въ области нервной системы, которыя производятся сифилисомъ, такъ какъ обстоятельная клиническая картина ихъ изложена нами въ специальныхъ курсахъ нервныхъ и душевныхъ заболѣваній,—и ограничимся только указаніемъ наичаще появляющихся формъ сифилиса нервной системы.

Зная, какъ сильно распространенъ сифилисъ мозга въ обществѣ, слѣдовало бы ожидать, что психозы вырожденія должны въ числѣ своихъ причинныхъ моментовъ имѣть сифилисъ родителей въ очень большомъ процентѣ. Это предположеніе однако далеко не оправдывается жизненными случаями. Особенно рѣзко это замѣтно по отношенію къ идиотизму. Исслѣдованія Langdon Down'a, Grabham'a, Hutchinson'a, Warner'a, Savage'a <sup>1)</sup>, Shuttleworth'a <sup>2)</sup>, Beach'a <sup>3)</sup> и др. показали,

<sup>1)</sup> *Savage*, American Journal of Insanity, 1888, I.

<sup>2)</sup> *Shuttleworth*, Americ. Journal of Insanity, 1888, I.

<sup>3)</sup> *Beach*, American, Journal of Insanity, 1888, I.

что идиотизмъ и тупоуміе въ числѣ причинныхъ своимъ моментовъ проявляютъ врожденный сифилисъ несомнѣннымъ не болѣе, какъ 0,4%, а вообще сифилисъ 1%. Всѣ авторы считаютъ этотъ % далеко ниже нормы. Причиною такой неточности они считаютъ во 1-хъ умышленное сокрытіе родными бывшего сифилиса,—во 2-хъ, что прирожденный сифилисъ въ области центральной нервной системы проявляется чаще въ періодѣ второго прорѣзыванія зубовъ и при томъ одновременно съ гнѣздными мозговыми заболѣваніями, которымъ обыкновенно и приписываютъ пораженіе интеллекта (Shuttleworth), наконецъ въ 3-хъ, по мнѣнію Fletcher Beach, наследственный сифилисъ чаще выражается въ формѣ юношескаго слабоумія и сумашествія юношескаго возраста, чѣмъ въ идиотіи и тупоуміи.

Наследственный сифилисъ очень часто проявляется въ формѣ неирастеніи и истеріи, на которыхъ, какъ на основныхъ разстройствахъ, могутъ развиваться всевозможныя другія формы нейрозовъ и психозовъ. На почвѣ неирастеніи очень часто появляется эссенціальная эпилепсія, затѣмъ патолофія, насильственные представления и различныя формы паралича. На почвѣ истеріи можетъ развиваться истерическое сумашествіе и прогрессивный параличъ женщинъ, на что въ послѣднее время указали французскіе психіатры. Кромѣ того, наследственный сифилисъ можетъ выразатся въ формѣ идиотизма, тупоумія и нравственнаго помѣшательства.

Не менѣе разнообразны и многочисленны нервныя и душевныя заболѣванія, обязанныя своимъ происхожденіемъ благопріобрѣтенному сифилису. Въ этомъ отношеніи въ основѣ этихъ заболѣваній часто стоитъ неирастенія. Неирастенія при благопріобрѣтенномъ сифилисѣ обязана бываетъ своимъ происхожденіемъ частію мозговой анеміи, частью токсеміи или отравленію нервныхъ элементовъ сифилитическимъ ядомъ; частью тому нравст-

венному гнету, который тяготитъ надъ каждымъ сифилитикомъ и, наконецъ, самому истощающему противосифилитическому леченію. Кромѣ того, тщательно разсматривая сифилитиковъ съ мозговымъ сифилисомъ, въ общемъ питаніи ихъ организма я замѣтилъ два рѣзкихъ уклоненія: къ одной группѣ относятся лица крайне малокровныя, исхудалыя и истощенныя, — ко второй группѣ, напротивъ, личности тучныя, полныя, ожирѣвшія и съ рѣзкими проявленіями артритизма и герпетизма. Изслѣдуя азотистый обмѣнъ веществъ субъектовъ послѣдней категоріи я всегда безусловно находилъ до крайности его пониженнымъ, количество N и мочевины обрѣталось въ поразительно малыхъ размѣрахъ; за то въ очень большомъ количествѣ находились недоокисленные продукты, какъ мочева кислота, щавелевая кислота и проч. Я глубоко убѣжденъ, что артритизмъ и отучнѣніе этихъ субъектовъ, а равно и замедленный бѣлковый метаморфозъ ихъ обязанъ бываетъ сифилической интоксикаціи. Эти то субъекты почти всѣ поголовно представляли весьма рѣзкія явленія нейрастеніи, тоски, патофобіи и проч. Очень быстро и полного излеченія во всѣхъ подобныхъ случаяхъ мы достигали двоякимъ способомъ: назначеніемъ јодатовъ и назначеніемъ средствъ, сильно повышающихъ обмѣнъ веществъ, какъ: Собанѣвскія ванны 32—34° и проч., но самый лучшій результатъ получался при комбинаціи обоихъ этихъ способовъ.

Все это я высказалъ съ тою цѣлью, чтобы указать еще на третій источникъ сифилитической нейрастеніи, при благопріобрѣтенномъ сифилисѣ, замедленный обмѣнъ веществъ, какъ слѣдствіе воздѣйствія сифилитической инфекціи на пищеварительные органы, накопленія продуктовъ обратнаго метаморфоза, развитія явленій артритизма, герпетизма и подагры.



Кромѣ явленій неирастеніи съ ея производными, на почвѣ благопріобрѣтенной неирастеніи развиваются меланхолія, манія, параличъ, нравственное помѣшательство, слабоуміе и проч. Особенная характерная черта всѣхъ вышеуказанныхъ душевныхъ заболѣваній, обязанныхъ своимъ происхожденіемъ сифилису, состоитъ въ томъ, что всѣ они на ряду съ координальными своими признаками, напр. меланхоліи, маніи и проч.,—носятъ на себѣ дементный отпечатокъ, такъ что иногда они являются въ видѣ слабоумія (Ковалевскій) <sup>1)</sup> съ отѣнкомъ меланхоліи, или маніи.

Этимъ краткимъ перечисленіемъ заболѣваній, обусловливаемыхъ благопріобрѣтеннымъ мозговымъ сифилисомъ, мы и ограничимся и перейдемъ къ наиболѣе частымъ сифилитическимъ заболѣваніямъ спинного мозга.

---

<sup>1)</sup> П. Н. Ковалевскій, Сифилисъ и меланхолія, Архивъ психіатріи, 1883.

## ГЛАВА ПЯТАЯ.

### **Сифилисъ спинного мозга (*Syphilis medullae spinalis*).**

*Мм. Гз.!* Если не чаще, то во всякомъ случаѣ не рѣже, чѣмъ головной мозгъ, сифилисомъ поражается спинной мозгъ. Формы, въ которыхъ проявляется спинно-мозговой сифилисъ, бываютъ весьма разнообразны; но чаще всѣхъ это заболѣваніе встрѣчается въ формѣ самой общеизвѣстной болѣзни—спинной сухотки, *tabes dorsualis*.

Болѣзнь эта извѣстна еще древнимъ медицинскимъ писателямъ и новѣйшая медицина присоединила къ ней очень не многое, за исключеніемъ довольно частыхъ ея поправленій, что всецѣло составляетъ славу современной медицины.

Для лучшаго уясненія вопроса, я позволю себѣ представить извѣстную вамъ картину спинной сухотки въ самыхъ общихъ чертахъ.—Въ нѣкоторыхъ случаяхъ явленіямъ *tabes dorsualis* предшествуетъ *практическій* періодъ психическихъ разстройствъ. По Fournier <sup>1)</sup>, клиническая картина его состоитъ въ слѣдующемъ: мозговое отягченіе, медлительность хода идей, состояніе неспособности выжать мысль, мозговая усталость, однимъ словомъ интеллектуальный торпоръ, интеллектуальная астения, психическая депрессія. Больной въ этомъ состояніи все производитъ какъ бы машинально и не отдаетъ себѣ отчета въ своихъ поступкахъ и дѣйствіяхъ. При попыткѣ къ работѣ у него является умственная усталость и параличу движенія предшествуетъ «параличъ интеллекта». Послѣ такого болѣе

<sup>1)</sup> *Fournier, L' Encéphale, 1884, 6.*

или менѣе длительного приступа развиваются признаки спинной сухотки.

Къ раннимъ признакамъ *tabes dorsualis* Kaller, <sup>1)</sup> Oppenheim <sup>2)</sup> и др. относятся слѣдующіе признаки: атрофію п.п. *opticorum*, ослабленіе и потерю слуха, очень рѣдко ослабленіе дѣятельности обонятельнаго нерва и меньеровскую болѣзнь, параличъ глазныхъ мускуловъ, поражение п. *trigemini*, *pneumogastrici*, *accessorii*, *glossopharyngei* и др. церебральныя явленія. Къ спинальнымъ явленіямъ относятся: *herpes zoster*, *neuralgia intercostalis*, *mal-perforans*, артропатія, неожиданныя переломы костей и разрывы сухожилій, гастрическіе, энтерическіе и везикальные приступы, сексуальное безсиліе и параличъ, тенезмы, временныя, вдругъ появляющіяся, гемиплегія и афазія (Bernhardt) <sup>3)</sup> и парестезіи въ ректальной области и проч. Но всѣ эти явленія никоимъ образомъ не постоянны и представляютъ собою довольно рѣдкія осложненія, не могущія быть поставленными въ число обязательныхъ признаковъ сухотки.

Спинная сухотка (*tabes dorsualis*) въ своемъ теченіи дѣлится на три періода: продромальный періодъ, атактический періодъ и паралитическій періодъ. Мы перечислимъ всѣ признаки этихъ періодовъ.

I. Продромальный или *псейдонеуралгическій* періодъ: стрѣляющія похожія на нейралгическія боли, пониженіе или отсутствіе кожныхъ рефлексовъ, пониженіе или отсутствіе зрачковаго рефлекса, диплопія, изрѣдка амблиопія и амаврозъ, парестезіи нижнихъ конечностей въ формѣ: чувства подкладки или войлока подъ подошвами, ощущенія ползанія мурашекъ на ногахъ, ощущенія перетягиванія поясомъ туловища на

<sup>1)</sup> Kaller, Wiener klin. Wochensch. 1890.

<sup>2)</sup> Oppenheim, Archiv f. Psychiatrie, B. XX, H. 1.

<sup>3)</sup> Bernhardt, Arch. f. Psychiatrie, B. XIV, H. 1.

различной его высотѣ, или нижнихъ,—конечностей, значительное пошатываніе при стояніи съ закрытыми глазами, утомленіе и невѣрность походки при ходьбѣ, ослабленіе мускульнаго чувства и осязанія, временныя разстройства мочевого пузыря, упорные запоры, ослабленіе половой дѣятельности, замедленіе чувствительной проводимости.

II. Періодъ *атактический*. Къ усиленію вышеуказанныхъ признаковъ присоединяется разстройство координаціи движеній, выражающееся атактическою походкою, при чемъ грубая физическая сила является вполнѣ сохраненною, или же только незначительно ослабленною. Кожныя анестезіи усиливаются, разстройства мочевого пузыря также усиливаются, сексуальныя отправления падаютъ. При этомъ замѣчательна одна частая особенность: несмотря на самое безотрадное положеніе больныхъ, настроеніе ихъ духа остается почти всегда веселымъ и беззаботнымъ.

III. *Парашизмическій* періодъ. Двигательная сила падаетъ, ноги конечности, являясь контрактуры, а иногда и эмбриофалы, а иногда и падаетъ, организмъ истощается,—развиваются пролежни, или воспаленіе мочевого пузыря. Которые нередко и приводятъ больныхъ въ могилу, если до того не использовать этого прискорбнаго момента интеркуррирующія болѣзни.

Болѣзь эта вамъ хорошо известна и на разборѣ ея клинической картины я не стану останавливаться. Намъ интересуетъ въ ней при вопросахъ причина ея, ходъ и развитіе клиническихъ признаковъ и леченіе.

Относительно причинъ *tubes dorsalis* прочно установлено возрѣніе, что главнымъ обуславливающимъ ее моментомъ служитъ простуда, менѣе частыми причинами моментами назывались половыя и алкогольныя изнѣженія, гриппъ, усиленные физическій трудъ, верховая ѣзда и проч.

Въ послѣднее время болѣе внимательное изслѣдованіе клиническихъ проявленій и причинныхъ моментовъ *tabes* показало, что въ производствѣ ея играетъ не малую роль сифилисъ. Очень опытные и безпристрастные нейропатологи и сифилидологи клиницисты, какъ Erb, Mendel, Leyden, Eournier и др. доказали, что процентъ проявленія сифилиса у табетиковъ не менѣе 75,—нѣкоторые клиницисты идутъ далѣе и насчитываютъ всѣ 100%. Но если существуютъ столь крайніе сифилофилы клиницисты, то нашлись и крайніе сифилофобы. Изъ числа ихъ можно назвать Magnan'a, Naunyn'a и др. Charcot не отрицаетъ участія сифилиса въ производствѣ *tabes dorsualis* и другихъ спинномозговыхъ заболѣваній, но не придаетъ ему исключительнаго и первенствующаго значенія,—при чемъ и специфическому леченію *tabes dorsualis* не придаетъ ни вѣры, ни значенія. Не смотря на все это, большинство клиницистовъ рѣшительно стали смотрѣть на сифилисъ, какъ на весьма важный причинный моментъ въ производствѣ *tabes dorsualis*. Я лично присоединяюсь къ послѣднему направленію и въ своей довольно многочисленной практикѣ въ этомъ отдѣлѣ насчитываю отъ 75 до 90% случаевъ спинной сухотки, обязанной своимъ происхожденіемъ сифилису.

Время появленія спинной сухотки отъ первичнаго зараженія сифилисомъ бываетъ весьма разнообразно—отъ 2 и до 12—15 лѣтъ. Такое различіе во времени много зависитъ отъ того, какой признакъ нужно признать при спинной сухоткѣ первымъ. Если такимъ первымъ признакомъ признать нарушение координаціи, то болѣзнь обыкновенно начинается спустя 8—12 лѣтъ послѣ первичнаго зараженія; если же первымъ признакомъ признать «катарръ желудка», или «ревматическія боли» въ ногахъ, то *tabes* обыкновенно начинается

спустя 2—5 лѣтъ отъ первичнаго заболѣванія, а то и гораздо раньше (Gilbert et Lion) <sup>1)</sup>.

Замѣчательно то обстоятельство, что и при спинно-мозговыхъ сифилитическихъ заболѣваніяхъ, какъ при головныхъ, при объективномъ изслѣдованіи больного мы или вовсе не находимъ никакихъ слѣдовъ вторичнаго сифилиса, или же слѣды очень слабые. Являющіеся къ намъ больные, какъ на первый моментъ ихъ болѣзни, обыкновенно указываютъ на слабость движенія и неправильную походку.

На вопросъ, —нѣтъ-ли у больного *запоровъ*, мы привыкли уже получать отвѣты: «о катаррѣ желудка у меня лѣтъ восемь, но я ужъ съ нимъ свыкъся». Очевидно, никто изъ больныхъ не ставитъ въ связь пониженнаго дѣйствія кишечника съ общимъ нервнымъ страданіемъ; даже многіе врачи смотрятъ на эту болѣзнь, какъ на самостоятельную и отдѣльную и лечатъ ее независимо отъ общаго пораженія. Я же лично смотрю на этотъ «катаррѣ кишечника», какъ на самый ранній и первый признакъ *tabes dorsualis*, —это есть первое предостереженіе грядущей опасности въ области спинного мозга, пользуясь указаніемъ котораго, нужно принимать мѣры предупрежденія и пресѣченія преступленія.

Вторымъ столь же вѣскимъ и почти постояннымъ признакомъ я считаю *боли въ ногахъ*. Съ этимъ признакомъ тоже почти всегда одно и тоже: больные обзываютъ его ревматизмомъ, —въ дальнѣйшемъ оказывается, что ихъ сплошь и рядомъ и лечили отъ ревматизма и, разумѣется, въ большинствѣ лечили безуспѣшно. Опять таки и этотъ признакъ признаютъ не за проявленіе спинно-мозгового страданія, а за ревматизмъ. Посылаютъ несчастныхъ больныхъ въ Сакки,

<sup>1)</sup> Gilbert et Lion. De la syphilis du cerveau, Archives générales de médecine, 1889.

Чокракъ, на Лиманъ и проч.,—больные вдутъ, но возвращаются съ тѣми же болями. Я особенное вниманіе ваше обращаю на эти признаки, рѣшительно рекомендую при нихъ искать сифилиса и при малѣйшемъ основаніи къ признанію его существованія назначать противулюэтическое леченіе. Этимъ вы предупредите наступленіе болѣе тяжелыхъ явленій спинно-мозгового страданія и спасете больного отъ тяжелой болѣзни.

Проходятъ годы въ леченіи «катарра желудка» и «ревматизма ногъ», въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступаетъ самый ужасный для меня признакъ, признакъ, противъ котораго я веду самую отчаянную войну и остаюсь побѣдителемъ только въ исключительныхъ случаяхъ,—*neuritis n. optici*, или *атрофія зрительнаго нерва*.

Къ счастью этотъ ужасный признакъ является только въ рѣдкихъ случаяхъ и избавляетъ человѣчество отъ столь тяжелаго несчастія, какъ слѣпота. Часто и на этотъ разъ врачъ не узнаетъ истинной болѣзни и возится съ катарромъ и ревматизмомъ. Но уже вскорѣ за симъ являются: затрудненіе при мочеотдѣленіи, ослабленіе половой дѣятельности, ощущеніе пояса вокругъ живота, или груди, ощущеніе подъ подошвами подстилки, колебаніе, жженіе и проч. Картина болѣзни становится ясною.

Я не стану перечислять вамъ дальнѣйшихъ признаковъ,—но долженъ вамъ напомнить, что въ послѣднее время клиническая картина данной болѣзни значительно расширилась и осложнилась введеніемъ признаковъ чисто церебральнаго свойства и тогда развивается картина *tabes cerebrospinalis* или *pseudoparalysis syphilitica* (Fournier.) <sup>1)</sup> Наступающія при этомъ разстройства состоятъ въ слѣдующемъ: 1. разстройства памяти, наступающія или постепенно, или въ формѣ

<sup>1)</sup> Fournier, L'Encéphale, 1884, 6

приступовъ; 2. Измѣненія въ характерѣ, при чемъ человекъ становится мрачнымъ, сосредоточеннымъ, суровымъ, индифферентнымъ, апатичнымъ и пассивнымъ, воля и желанія слабѣютъ, иногда являются приступы злобы и ничѣмъ необъяснимой раздражительности. 3. Въ мыслительной области наблюдается прогрессивное пониженіе ея;—является астенія мысли, медлительность идей, слабость концепцій, ничтожная склонность къ умственной работѣ, уменьшеніе вниманія и ограниченіе ассоціацій. Постепенное дальнѣйшее развитіе этихъ признаковъ постепенно можетъ повести къ слабоумію, если своевременно къ этому не будутъ приняты надлежащія мѣры. О совмѣстномъ появленіи этихъ двухъ заболѣваній говорятъ и другіе авторы, особенно же Strümpel <sup>1)</sup>).

Спрашивается, какъ смотрѣть на *tabes dorsualis*, какъ на болѣзнь, обязанную своимъ происхожденіемъ исключительно сифилису, или другимъ какимъ либо дѣятелемъ? Прежде всего, повидимому, встрѣчаются болѣные *tabes*, которые не имѣли сифилиса и заболѣли подѣвліяніемъ простуды и проч.,—слѣдовательно, смотрѣть на сифились, какъ на исключительную причину спинной сухотки, едвали будетъ вѣрно. Далѣе, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда табетикъ имѣлъ сифились, рядомъ съ сифилисомъ мы почти всегда имѣемъ другіе причинные моменты, какъ: простуда, алкоголизмъ и пр., которые дѣйствовали на появленіе болѣзни не менѣе сифилиса. Но бываютъ случаи, когда помимо сифилиса у табетика мы не встрѣчаемъ никакихъ другихъ причинныхъ моментовъ и болѣзнь своимъ происхожденіемъ бываетъ обязана всецѣло сифилису.

Поэтому я рѣшительно не убѣждаюсь тѣмъ доводомъ, что,—разъ специфическое леченіе не излѣчиваетъ спинной сухотки, значитъ она не отъ сифилиса.

<sup>1)</sup> *Strümpel*, *Neurolog Centralb.*, 1886, 19.



Нужно различать патологическія формы, производимыя сифилисомъ, и тѣ разстройства въ нервныхъ отравленіяхъ, которыя происходятъ самостоятельно отъ пораженія нервной ткани. Выпавшій градъ безспорно губить массу растеній; но недостаточно одного таянія града для того, чтобы погубленныя растенія ожили, и пришибленныя возвратились къ своему прежнему состоянію. Специфическое леченіе уничтожитъ сифилитическія образования, — но оно не возобновитъ атрофированныхъ нервныхъ клѣтокъ и волоконъ и не призветъ къ дѣятельности тѣ элементы, которые были сжаты болѣзненнымъ процессомъ, быть можетъ, инфильтрованы и потому *sua sponte* не могутъ функционировать. Специфическое леченіе расчищаетъ путь для надлежащаго леченія болѣзни нервныхъ элементовъ. Оно даетъ возможность примѣнить такіе способы леченія, которые дадутъ пострадавшимъ нервнымъ элементамъ правильное питаніе, надлежащую проводимость и соотвѣтственныя другія отправления. Требовать отъ специфическаго леченія, чтобы оно и уничтожило сифилитическія образования и излечило отъ совмѣстнаго нервного разстройства — значитъ тоже, что требовать отъ клистира, чтобы онъ и освобождалъ отъ экскрементовъ и питалъ организмъ. Gowers и Hughes<sup>1)</sup> совершенно основательно въ нервныхъ болѣзняхъ различаютъ экстранеиральныя и интранеиральныя пораженія нервной системы. При сифилисѣ мозга гумозное пораженіе сосудовъ — экстранеиральное пораженіе, — послѣдующее разрушеніе нервныхъ элементовъ будетъ интранеиральное пораженіе. Специфическое леченіе уничтожитъ экстранеиральныя пораженія, но происшедшихъ интранеиральныхъ атрофій оно возстановить не можетъ. Точно также оно безсильно будетъ уничтожить пучки интерстиціальной ткани, которые разрастаются на мѣстѣ уничтоженныхъ элемен-

<sup>1)</sup> Hughes, The Alienist and Neurologist, 1890.

товъ нервной ткани. Отрицать причинное значеніе сифилиса въ *tabes dorsualis* потому только, что одно специфическое леченіе не можетъ возстановить разрушенныхъ нервныхъ элементовъ, или уничтожить вновь сформированной соединительной ткани—будетъ едва ли научно. Въ этомъ отношеніи очень интересна аналогія, проводимая Strümpell'емъ <sup>2)</sup> между послѣинфекціонными нервными заболѣваніями и послѣсифилитическими нервными заболѣваніями. Послѣинфекціонныя нервныя заболѣванія появляются послѣ полного, повидимому, исчезновенія основной инфекціонной болѣзни; самыя тяжелыя нервныя заболѣванія слѣдуютъ за наиболѣ легкими формами первоначальныхъ инфекціонныхъ болѣзней; анатомическій процессъ послѣдовательныхъ нервныхъ заболѣваній рѣзко отличается отъ патологоанатомической основной картины. Причина послѣдняго обстоятельства заключается въ томъ, что въ основѣ инфекціонныхъ болѣзней лежитъ организованный ядъ, а послѣинфекціонныя заболѣванія вызываются ядомъ чисто-химическаго характера—результатомъ жизнедѣятельности инфекціонныхъ бациллъ. Всѣ эти положенія по мнѣнію Strümpel'я вполне примѣнимы и къ отношенію между *tabes* и *pseudoparalysis syphilitica* и сифилисомъ.

Наблюдая въ клиникѣ и особенно въ Пятигорскѣ многіе десятки табетиковъ, я долженъ добавить, что въ случаяхъ *tabes* сифилическаго происхожденія нерѣдко приходится встрѣчать отступленія отъ обычной книжной клинической картины *tabes*.

Въ однихъ случаяхъ при пораженіи *recti* и *vesicae urinariae*, мы видимъ полную сохранность половыхъ отпращиваній,—другой разъ, при запорахъ и импотенціи, правильныя отпращиванія *vesicae urinariae* и т. д. Но при этомъ мы должны вспомнить и то: развѣ при другихъ болѣзняхъ

<sup>2)</sup> Strümpel, Neurolog. Centralblatt, 1886, 19.

всѣ случаи идутъ такъ, какъ эти болѣзни описаны въ книгахъ? Въ книгахъ описываются типичные образцовые случаи, — жизнь же намъ даетъ только подобіе ихъ, — книги описываютъ болѣзни, а жизнь даетъ больныхъ. Могутъ сказать, что типичные случаи *tabes* есть случаи истиннаго *tabes*, — всѣ же случаи съ сифилитическимъ пораженіемъ спинного мозга будутъ представлять только сифилитическое пораженіе мозга, а не *tabes*, они то и составляютъ эти отклоненія отъ типичныхъ табетическихъ случаевъ и ихъ должно разсматривать отдѣльно, какъ сифилисъ спинного мозга. Я же скажу на это, что это будетъ истинный ригоризмъ, съ которымъ нужно обращаться съ большою осторожностью. А чтобы не быть въ долгу по отношенію къ этимъ типичнымъ случаямъ не сифилитическаго происхожденія, *tabes*'а я позволяю себѣ передать вамъ объ одномъ изъ весьма не многихъ, бывшихъ въ моей практикѣ, такихъ случаевъ на очень почтенное количество случаевъ *tabes* сифилитическаго происхожденія.

Въ Пятигорскѣ является ко мнѣ очень почтенный офицеръ съ явными признаками *tabes* до атактической походки включительно. При разспросѣ оказывается совершенно невиннымъ: ни сифилиса, ни шанкера, ни даже благороднаго триппера. Весьма тщательное изслѣдованіе всего организма дало вполнѣ отрицательные результаты: кожа всюду безъ рубцовъ, волосы на головѣ густые, глаза чистые—безъ слѣдовъ *iritis*, задняя стѣнка глотки безъ рубцовъ, лимфатическія желѣзы нигдѣ не припухши, половой органъ безъ рубцовъ, на ногахъ язвъ нѣтъ,—однимъ словомъ нигдѣ объективныхъ слѣдовъ сифилиса въ организмѣ. Очевидно *tabes* эссенціальнаго характера. Началось надлежащее леченіе, но при этомъ не былъ забытъ іодъ и ванны и

спустя 7—8 недѣль, больной, достаточно оправившись, явился ко мнѣ съ благодарностью и за надлежащимъ напутственнымъ благословеніемъ. Въ то время, когда больной уходилъ отъ меня, въ кабинетъ ко мнѣ вошелъ врачъ изъ того города, откуда пріѣхалъ почтенный уходившій офицеръ.

—Х. у васъ лечился?

« Да, а вы его знаете?

— Какъ же,—лѣтъ десять назадъ я лѣчилъ его втираніями отъ кожного сифилиса.

Рѣдкій случай эссенціального *tabes* провалился.

Долгое время *tabes dorsualis* считалась болѣзью не излечимой; признавалось большимъ успѣхомъ остановить болѣзнь въ томъ видѣ, какъ ее захватило леченіе,—еще большимъ, если наступило поправленіе.

Въ настоящее время дѣло обстоитъ не такъ и я смотрю на эту болѣзнь далеко не всегда какъ на неизлечимую. Напротивъ, я лично имѣю случаи прекраснаго поправленія спинной сухотки, достигшей очень крайнихъ предѣловъ развитія, даже начала третьяго періода своего теченія. Правда, одно специфическое леченіе не вылечитъ *tabes*, и одно противонервное леченіе не вылечитъ *tabes*; но умѣлая и энергичная комбинація того и другого способа нерѣдко можетъ вылечить *tabes*.

*Боковой спинальный склерозъ* (*Sclerosis lateralis*).

Вторая болѣзнь спинного мозга, встрѣчающаяся при сифилитическомъ пораженіи организма, будетъ боковой спинальный склерозъ. Болѣзнь эта слишкомъ проста и представляетъ очень немногочисленное сочетаніе признаковъ. Часть признаковъ этой болѣзни будутъ положительные, другая часть—отрицательные.

Положительные признаки бокового склероза представляютъ собою картину медленно развивающейся параличи, сопровождающейся явлениями мускульнаго раздраженія, каковы: мускульныя подергиванія, напряже-

ніе мускуловъ, мускульная ригидность и даже контрактуры. Рядомъ съ этимъ существуютъ: чрезвычайное повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, а иногда и кожныхъ рефлексовъ. Къ отрицательнымъ признакамъ бокового склероза относятся: отсутствіе разстройствъ чувствительныхъ, отсутствіе разстройствъ мочевого пузыря и прямой кишки,—половая дѣятельность можетъ или отсутствовать, или же проявляться.

Разумѣется, это сочетаніе признаковъ для характерныхъ случаевъ болѣзни; но могутъ быть случаи, особенно при сифилитическомъ происхожденіи болѣзни, когда картина болѣзни нѣсколько измѣняется добавленіемъ побочныхъ признаковъ, какъ: разстройство отпращиваній мочевого пузыря, боли въ ногахъ и проч. При разсмотрѣніи сочетанія признаковъ этой болѣзни оказывается, что эта болѣзнь рѣзко отличается отъ спинной сухотки, хотя и та и другая поражаютъ спинной мозгъ.

Такіе больные не только отличаются по своей фигурѣ отъ табетиковъ, но и представляютъ полную противоположность съ ними. Табетикъ при ходьбѣ посылаетъ ноги впередъ, сильно ихъ отбрасываетъ вверхъ и въ сторону и энергично бьетъ пяткою объ полъ,—его туловище слѣдуетъ сзади за ногами. У склеротика ноги тяжелы, какъ пудовыя гири, онъ ихъ сзади волочить, его туловище двигается впередъ и только за нимъ тянутся ноги,—пальцы ногъ почти всегда волочутся по полу и производятъ особый звукъ шуршанья; при упорѣ на пальцы ноги, склеротикъ отъ части какъ бы подпрыгиваетъ. Вотъ почти все, что можно сказать о *sclerosis lateralis*, если къ этому добавить, что болѣзнь эта, разъ начавшись, тянется десятки лѣтъ и почти всегда остается неизлечимою.

Ея причины мало извѣстны и почти неопредѣленны: простуда, травма, усиленные физическія напряженія, алкогольныя и половыя излишества—и только.

Въ лучшихъ руководствахъ по нервнымъ болѣзнямъ сифилисъ, какъ причинный моментъ для *sclerosis lateralis*, или не упоминается, или и вовсе отрицается. Только немногіе клиницисты, какъ Leyden, Naunyn, Minkowsky и др. говорятъ о сифилисѣ, какъ о причинномъ моментѣ при *sclerosis lateralis*. На основаніи всего вышеизложеннаго выходитъ, что сифилисъ при *sclerosis lateralis* или вовсе не бываетъ, или если и бываетъ, то такъ рѣдко, что о немъ нестоитъ и говорить. Я съ этимъ совершенно не согласенъ. Ежегодно въ Пятигорскѣ я встрѣчалъ очень много склеротиковъ, у которыхъ болѣзнь всецѣло обязана была сифилису. Цѣлые десятки я имѣлъ ихъ на рукахъ и при этомъ добавлю, что и результатъ леченія этихъ случаевъ далеко не такъ безнадеженъ, какъ о томъ говорятъ руководства. Я лично наблюдалъ улучшенія болѣзни, значительное поправленіе отъ нея и даже полное излеченіе,—но для достиженія послѣдняго больнымъ приходилось прѣзжать въ Пятигорскъ три—четыре лѣта подъ рядъ и потратить много времени, труда и терпѣнія.

---

Эти двѣ формы спинномозговыхъ заболѣваній чаще встрѣчаются при сифилитическомъ пораженіи спинного мозга. Правда, всѣ остальные формы спинномозговыхъ заболѣваній встрѣчаются также при сифилисѣ, но несравненно рѣже, почему мы и ограничиваемся изложеніемъ вышеуказанныхъ заболѣваній. Кромѣ того, принимая во вниманіе, что подробное изложеніе этихъ болѣзней вы слышали въ спеціальному курсѣ нервныхъ болѣзней, на этотъ разъ я ограничился только напоминаніемъ о картинѣ болѣзней, вполнѣ увѣренный, что онѣ вамъ извѣстны уже вполнѣ изъ изложеннаго вамъ спеціальнаго курса нервныхъ болѣзней.

---

## Объ истерической нѣмотѣ.

(Изъ Лейпцигскаго клиническаго института проф. Куршмана).

А. Д. Давыдовъ,

врачъ Александровскаго поста на островѣ Сахалинѣ.

Нѣтъ болѣзни, проявляющейся съ такимъ различнымъ симптомокомплексомъ, какъ истерія. Всѣ части организма поражаются ею и представляютъ самую разнообразную картину болѣзни.

Изъ большого числа картинъ болѣзни, представляемыхъ истеріей, пораженія голоса и рѣчи вообще не представляются очень рѣдкими. Послѣднія, какъ и другіе симптомы истеріи, характеризуются своей переменчивостью, разнообразіемъ и собираніемъ всевозможныхъ уклоненій отъ нормы. Тѣмъ не менѣе, можно было бы различать три типа истерическихъ разстройствъ рѣчи: афонію, заиканье и полную нѣмоту. Каждая изъ этихъ формъ можетъ встрѣчаться какъ единственный симптомъ истеріи,—очень часто наблюдается существованіе двухъ формъ въ одно время, чередованіе ихъ и переходъ одной въ другую.

Нечего и говорить, что разстройства рѣчи у истеричныхъ очень часто комбинируются съ пораженіями другихъ органовъ. Особенный интересъ представляютъ случаи истерической глухонѣмоты.

Мы въ предлагаемой статьѣ займемся исключительно истерической нѣмотой, *mutisme hysterique* по Charcot, *Hysterische Stummheit* нѣкоторыхъ нѣмецкихъ авторовъ.

Форма эта одна изъ наиболѣе рѣдкихъ истерическихъ пораженій рѣчи въ частности и истерическихъ проявленій вообще. Форма эта очень часто описывается съ истерической афоніей. Въ учебникахъ форма эта не описывается какъ особая; только у нѣкоторыхъ авторовъ мы находимъ указанія на то, что встрѣчаются слу-

чаи внезапной полной потери голоса, подъ вліяніемъ психическихъ эмоцій радости, горя, испуга и др. Симп-  
томо-комплексъ этой формы истеріи впервые установ-  
ленъ былъ Шарко. Картина болѣзни этой формы почти  
аналогична формѣ органическихъ разстройствъ рѣчи,  
извѣстной подъ названіемъ атактической или моторной  
афазии (Logoplégie по Шарко, Буре Bouillard-Brosa, дру-  
гихъ авторовъ) <sup>1)</sup> и характеризующейся слѣдующими  
симптомами: 1) способность—говорить самостоятельно,  
2) повторять за другими слова, 3) читать вслухъ — уте-  
ряны; вполне не поражены: 1) пониманіе рѣчи, 2) по-  
ниманіе писаннаго, 3) способность списывать, 4) спо-  
собность самостоятельнаго письма и 5) письма подъ  
диктовку.

Для подобнаго рода состоянія Бирмеръ <sup>2)</sup> дѣлаетъ  
очень характерное сравненіе; именно онъ говоритъ, что  
афазія есть прямая противоположность изрѣченія Ме-  
фистофеля: «Wo die Begriffe fehlen, da stellt ein Wort  
zur rechter Zeit sich ein».

При типической органической афозии, также какъ  
и при истерической формѣ, представленія нетронуты,  
но за то способность выраженія ихъ словами вполне  
утрачена. Какъ мы уже выше упомянули, въ руковод-  
ствахъ и учебникахъ даже самыхъ подробныхъ, мы не  
встрѣтимъ картины истерической афозии; только въ нѣ-  
которыхъ мы находимъ указанія на существованіе по-  
добной формы, причемъ ее обозначаютъ именемъ транзи-  
торной или Schrecks афазии, при этомъ упоминается  
также, что эта форма наступаетъ, равно какъ исче-  
заетъ, всегда внезапно. Почти вездѣ приводится слу-  
чай, описанный еще Геродотомъ, съ сыномъ Креза.  
У Креза былъ нѣмой сынъ. Когда, по взятіи Сарда,  
послѣдній увидѣлъ Перса, бросившагося на отца его  
съ обнаженнымъ мечомъ, то вдругъ закричалъ: «че-  
ловѣкъ, не убивай Креза». Говорятъ, послѣ этого слу-  
чая онъ на всю жизнь сохранилъ способность рѣчи.  
Форма чистой органической афазии, которая почти тожде-  
ственна съ истерическою нѣмотою, — одна изъ рѣдчайшихъ  
формъ. Труссо, на примѣръ, считаетъ правиломъ, что

<sup>1)</sup> Lichtheim: Ueber Aphasie. Deutsch. Arch. für Klinisch. Medic.  
Band. 36, S. 200.

<sup>2)</sup> Vorträge ueber Aphasie. Zürich. 1877.



страдающій органической афазіей, въ то же время страдает и аграфіей и прибавляетъ, что если онъ и пишетъ, то пишетъ также плохо, какъ и говоритъ. Далѣе прибавляетъ Труссо, нѣтъ афазика, какъ бы ограничено ни было его страданіе, который въ то же время не былъ бы и интеллектуально больнымъ. Въ противоположность органической афазіи, истерическая нѣмота почти всегда встрѣчается безъ complicatіонъ вродѣ аграфіи или словесной слѣпоты, причисляемой также къ симптомокомплексу афазіи; единственный симптомъ афазіи— это полная невозможность воспроизводить звуки и слова. Я этимъ однако не желаю сказать, что при истерической нѣмотѣ не наблюдается complicatіонъ. Мы вернемся снова къ этому вопросу и остановимся подробнѣе на немъ, теперь же я позволяю себѣ маленькое замѣчаніе о частотѣ интересующихъ насъ поражений рѣчи у истеричныхъ и перейду къ нашему клиническому случаю.

Д-ръ Бокъ <sup>1)</sup> говоритъ, что изъ 4000 случаевъ, встрѣтившихся ему за послѣднихъ два года въ берлинской поликлиникѣ больныхъ профессоровъ Менделя и Эйленбурга, онъ наблюдалъ только одного страдавшаго истерической нѣмотой.

Если обратимся къ литературѣ, то мы найдемъ слѣдующее: проф. Шарко описываетъ одинъ случай (*Cas de mutisme hystérique chez l'homme. Progrès medical* 1886. P. 7987), Dr. Cartaz (*Progrès Medic.* 1886. P. 125, 171, 190) двадцать случаевъ, изъ которыхъ семь наблюдались въ Salpêtrière, другіе принадлежатъ другимъ авторамъ; д-ръ Бокъ (*Medicin. Zeitung* 1886, № 103, 104) описываетъ одинъ случай собственнаго наблюденія изъ Берлинской поликлиники и 9, принадлежащихъ другимъ авторамъ; послѣдніе онъ считаетъ несомнѣнно заболѣваніями истерической нѣмотой, въ другихъ девяти случаяхъ, приводимыхъ имъ, онъ сомнѣвается, ввиду того, что авторами, опубликовавшими ихъ, не было предпринято націентамъ всестороннихъ изслѣдованій. Дѣло идетъ о случаяхъ, описываемыхъ различными авторами подъ названіемъ «Schrecksaphasie, Erregungslähmungen» и «Transitorische Aphasie». Кромѣ упо-

<sup>1)</sup> Deutsche Medicin. Zeitung, 103/104, 1886 г.

мянутыхъ случаевъ, мы находимъ: у Куссмауля одинъ (Störungen der Sprache. Dritte Aufgabe, 1885) изъ собственной практики, одинъ, упомянутый также въ собранныхъ д-ромъ Бокомъ, и третій, гдѣ не приводится, какому автору онъ принадлежитъ; д-ръ Стефанъ описываетъ случай чистой истерической нѣмоты, который онъ наблюдалъ у мужчины послѣ сильного душевнаго потрясенія (Revue Medical, 1889, P. 795); тотъ же авторъ приводитъ еще три случая доктора Druiz изъ гинекологической клиники профессора Нюх. Всѣ остальные случаи, описанные въ различное время разными авторами, можно встрѣтить среди собранныхъ д-рами Бокомъ и Картапомъ. Теперь перейдемъ къ нашему случаю. Все, не имѣющее прямого отношенія къ интересующему насъ заболѣванію, мы опускаемъ какъ изъ описанія общаго состоянія пациента, такъ и изъ анамнеза и исторіи болѣзни.

Пациентъ П. 24 лѣтъ поступилъ въ больницу 16 декабря 1889 г. Онъ блѣденъ. Говоритъ тихо—шопотомъ. Съ ноября жалуется на боли въ области сердца, кромѣ того у него, по его словамъ, бываютъ судороги конечностей. Щитовидная желѣза нѣсколько увеличена. Больной говоритъ, что никогда не замѣчалъ, чтобы шея у него опухала.

<sup>2</sup>/<sub>1</sub>. 1890. Больной долженъ былъ быть сегодня выписанъ. По дорогѣ въ больничную контору онъ вдругъ упалъ на лѣстницѣ. Лѣвая нога и лѣвая рука парализованы. Способность рѣчи утеряна. Позже было известно, что онъ въ это утро перенесъ сильную головную боль. Умываясь, онъ почувствовалъ дурноту, вынужденъ былъ присѣсть. Дальнѣйшихъ какихъ либо припадковъ не было наблюдаемо.

Полдень того же числа. П. лежитъ съ закрытыми глазами, вѣки дрожать. Не въ состояніи издать ни одного звука, однако понимаетъ все. Параличъ лѣвыхъ конечностей. Фасіалис не тронуть. Пателлярный рефлексъ съ обѣихъ сторонъ усиленъ.

<sup>7</sup>/<sub>1</sub>. Въ общемъ состояніе П. безъ перемѣнъ. Движенія большого пальца ноги начинаютъ появляться. Не издаетъ еще ни одного звука.

<sup>20</sup>/<sub>1</sub>. П. въ теченіи всей недѣли упражняется въ хожденіи. Однако лѣвая нога все безъ употребленія. Онъ опирается на правую ногу, лѣвую же толкаетъ или

передвигаетъ съ помощью палки и почти нисколько не передвигается впередъ. Пальцами руки можетъ производить слабыя движенія, предплечіемъ же никакихъ. П., приведя большой палецъ въ положеніе, въ которомъ онъ находится при письмѣ, передвигаетъ его по немногу впередъ, за нимъ слѣдуютъ и остальные пальцы руки; такимъ образомъ онъ, такъ сказать, доползаетъ до груди и затѣмъ, взбираясь по ней, достигаетъ и подбородка. Поле зрѣнія пациента для зеленаго и краснаго цвѣтовъ съ лѣвой стороны нѣсколько уменьшено. Цвѣтовое чувство, геср. различеніе тонкихъ нюансовъ или оттѣнковъ краснаго и зеленаго цвѣтовъ, ясно понижено; обоняніе для обоихъ сторонъ нормально; вкусъ на обѣихъ сторонахъ одинаковъ; соленое и кислое не чувствуется совершенно пациентомъ на обѣихъ сторонахъ, сладкое и горькое онъ различаетъ вполне нормально. Слухъ на лѣвой сторонѣ относительно правой пониженъ, однако въ нормальныхъ предѣлахъ. Чувство осязанія понижено на лѣвой сторонѣ для слабыхъ раздраженій; сильныя же испытываются пациентомъ одинаково хорошо на обѣихъ сторонахъ. Чувство боли на лѣвой сторонѣ значительно понижено, во многихъ отдѣльных мѣстахъ (груди, предплечья) совершенно даже отсутствуетъ.

Въ теченіе февраля общее состояніе здоровья П. поправилось; по крайней мѣрѣ движенія конечностей возстановились. Что касается разстройства рѣчи, то ему вовсе не удастся произнести ни одного звука. Больной знаетъ, какое положеніе надо придать губамъ и языку, чтобы произнести б. л. м., однако самое то произношеніе буквъ этихъ ему не удастся. Свистать онъ также не въ состояніи. Онъ дѣлаетъ усилія, но тщетно. Ларингоскопическое изслѣдованіе, произведенное нѣсколько разъ, не въ состояніи было указать никакихъ измѣненій. Свобода движенія языка вполне правильна. Полная анестезія съ обѣихъ сторонъ слизистой оболочки гортани, язычка у зѣва и языка. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи удастся иногда заставить больного произнести *e* или *i*, правда шопотомъ, но все-таки достаточно внятно.

<sup>17</sup>/<sub>2</sub>. Больной уже произноситъ *a*, *o*, *y*, *e*, *i*, *o*, *ca*, *Baum*, *ein*, *nein*, *gutt*, и нѣкоторые другія односложныя

слова, правда, только шопотомъ и заикаясь. Ша, ф, пф, не произносятся имъ. Больной упражняется по нѣсколько разъ въ день въ произношеніи звуковъ.

<sup>19</sup>/<sub>2</sub> и <sup>20</sup>/<sub>2</sub>. Больной произносилъ уже явственнѣе односложныя слова, однако ха, пфа и ш ему не удаются. Въ эти разы, какъ и во всѣ прочіе, когда обращаешься къ пациенту съ вопросомъ, онъ не дѣлаетъ попытокъ отвѣчать, а хватается за карандашъ и тетрадь, которые всегда при немъ, и пишетъ отвѣтъ. Интеллектуально онъ нисколько не пострадалъ. Онъ вполне разумно отвѣчаетъ письменно на всѣ вопросы. Словесной слѣпоты или нѣмоты не замѣтно; память также не пострадала. Продолжительное чтеніе или писаніе его не утомляетъ. Движенія конечностей все болѣе и болѣе поправляются. Онъ не жалуется ни на боли въ области сердца, ни въ сочлененіяхъ.

<sup>27</sup>/<sub>2</sub>. Больной шопотомъ вполне внятно произноситъ: *Мох, schlecht, besser*; тѣмъ не менѣе два слова подрядъ, одно за другимъ, произносятся имъ только съ большимъ трудомъ. Если ему велѣтъ произнести двухсложное слово, какъ, напримѣръ, *докторъ*, онъ произноситъ его по слогамъ и заикается, но такимъ образомъ, что послѣднюю букву перваго слога онъ повторитъ при произношеніи втораго слога, такъ что получается: док-кторъ, тиш-шлеръ и т. д.

<sup>4</sup>/<sub>III</sub>. Пациентъ говоритъ шопотомъ, но внятно, не заикаясь, даже такія трехсложныя слова, какъ: *Buchbinder, Steknadel*, однако за каждымъ слогомъ слѣдуетъ маленькая пауза. Полное исчезновеніе рефлексовъ полости рукъ и зѣва. Можно прикасаться ручкой молоточка до языка, даже epiglottis, не вызывая никакого рефлекса.

Изъ разспросовъ больного оказалось, что онъ уже и прежде перенесъ подобное же страданіе. Потеря рѣчи явилась и прошла внезапно. Припадокъ приключился 18 марта 1888 г. во время пребыванія въ Лейпцигскомъ госпиталѣ Св. Якова, гдѣ онъ пользовался отъ другихъ страданій. Въ исторіи болѣзни его, которую намъ удалось достать, мы находимъ слѣдующее.

П. 12 декабря 1887 г. поступилъ въ госпиталь. Родители и двѣ сестры его вполне здоровы. До этого онъ пользовался прекраснымъ здоровьемъ. Недѣлю тому

назадъ онъ заболѣлъ такими сильными колотьями въ груди, что дальнѣйшее продолженіе работы стало для него невозможнымъ; послѣ этого послѣдовали сильныя боли въ спинѣ, рукахъ и сочлененіяхъ ноги.

<sup>11/III.</sup> Сегодня послѣ обѣда въ 2<sup>1/2</sup> ч. съ нимъ произошелъ довольно странный припадокъ. Призванный врачъ засталъ его въ слѣдующемъ состояніи: онъ лежалъ безъ чувствъ и неподвижно, не отвѣчалъ на вопросы, руки и ноги вытянуты, вѣки судорожно подергиваются, изъ глазъ текутъ слезы, губы стиснуты.

Минуть черезъ 10, послѣ того, какъ ему потеряли лицо, грудь и животъ льдомъ, онъ пришелъ въ себя, но не произносилъ ни одного звука. При вечерней визитациі изслѣдованіе обнаружило слѣдующее: парезъ лѣвой ноги и почти полный параличъ лѣвой руки. *Facialis* не тронуть. Полная потеря рѣчи. Никакихъ разстройствъ чувствительности. Пателлярные рефлексъ повышены. Больной понимаетъ все, что ему говорятъ. Пишетъ прекрасно. Пациентъ письменно признался, что и до этого онъ уже перенесъ нѣсколько подобныхъ припадковъ. Разъ, между прочимъ, онъ потерялъ внезапно способность рѣчи, которая также внезапно вернулась къ нему чрезъ 3—4 дня.

<sup>21/III.</sup> П. въ состояніи произносить какъ гласныя, такъ и согласныя; онъ можетъ произносить всѣ буквы азбуки достаточно ясно, но шепотомъ и употребляя достаточныя усилія. Лѣвая рука дѣлаетъ всевозможныя движенія.

30. IV. Гласныя хорошо произносятся, равно какъ и большинство согласныхъ. Особенно трудно даются *k, z, ch*.

26 мая 1888 года онъ оставилъ больницу, не будучи еще въ состояніи говорить; въ срединѣ іюля онъ вдругъ безъ всякаго импульса заговорилъ.

Больной и въ этотъ разъ выписался изъ больницы, не будучи въ состояніи говорить. Изъ исторіи болѣзни исполнѣ ясенъ діагнозъ. Мы, говоря уже объ анамнезѣ, основываясь лишь на общемъ состояніи, представляемомъ больнымъ (ограниченіе поля зрѣнія, измѣненіе вкуса, разстройства осязанія, болеваго чувства) несомнѣнно приходимъ къ заключенію, что имѣемъ дѣло не съ органическимъ, но съ функціональнымъ разстройствомъ рѣчи. Пациентъ дважды уже перенесъ подобное состояніе.

Мы видимъ, что въ первое время больной не могъ издавать ни одного звука, межъ тѣмъ мускулатура гортани, губъ и языка не представляла никакихъ уклоненій отъ нормы. Въ послѣднихъ, кромѣ анестезіи, мы ничего отступающаго отъ нормы не могли отыскать. Уже это одно говоритъ противъ принятія возможности причины заболѣванія въ периферической нервной системѣ, или продолговатомъ мозгу. Въ послѣднемъ <sup>1)</sup> заключены оба ядра *vago-accessorii*, сенсорно-моторные центры, заправляющіе дыхательными движеніями и голосовыми; тутъ же находится рядъ моторныхъ ядеръ, имѣющихъ вліяніе на членораздѣльную рѣчь; если бы въ этихъ моторныхъ ядрахъ и находились какія нибудь расстройства, результатомъ этого былъ бы параличъ и атрофія мускулатуры, употребляемой при рѣчи.

Такимъ образомъ, мы должны разсматривать причину расстройства рѣчи даннаго случая, какъ церебральную. Мы снова вернемся къ этому вопросу ниже.

Важно установить номенклатуру для подобнаго рода заболѣваній. Мы видимъ, что это не афонія,—при послѣдней возможна рѣчь шепотомъ. Въ данномъ случаѣ полная невозможность произвести какой либо звукъ. *Maréy* и *Bouden* экспериментально (пользуясь графическимъ методомъ) доказали, что рѣчь шепотомъ совершенно (отдѣльная) самостоятельная функція, независимая отъ функціи гортани при громкой рѣчи (вслухъ) и что при первой голосовая связка не вибрируетъ, воздухъ проходитъ чрезъ гортань и трахею, какъ чрезъ инертную трубку. Афазіей, по нашему теперешнему пониманію этого слова, данное состояніе также нельзя назвать. У насъ нѣтъ ни психическихъ расстройствъ (память и самосознаніе больного вполне нетронуты), нѣтъ ни словесной слѣпоты или глухоты, нѣтъ аграфіи, сопровождающей почти всегда расстройства рѣчи. Профессоръ Куршманъ предлагаетъ для этихъ состояній названіе истерической алаліи, понимая подъ послѣднимъ словомъ полную невозможность образованія артикулированныхъ звуковъ. Шарко, а за нимъ Картацъ, называютъ это состояніе — *mutisme hysterique*; у нѣмцевъ д-ръ Бокъ и профессоръ Мендель—*Hysterische Stummheit*, въ

<sup>1)</sup> Kussmaul, Störungen der Sprach, S. 77.

буквальномъ переводѣ «истерическая нѣмота». Намъ казалось, что это названіе «нѣмота» слѣдовало-бы сохранить и въ русскомъ языкѣ; проф. П. И. Ковалевскій придерживается также этого названія.

Я уже выше сказалъ, что Шарко первый далъ картину и симптомо-комплексъ этого проявленія хамелеона истеріи. Онъ говоритъ, что истеричный нѣмой болѣе нѣмъ, чѣмъ обыкновенный глухонѣмой. Послѣдній въ состояніи издавать громкіе звуки, первому не даются даже и тихіе. Далѣе Шарко указываетъ на слѣдующую разницу между страдающимъ органической афазіей и истерической нѣмотой: первый, какъ бы сильна ни была степень афазіи, все же въ состояніи произнести нѣсколько словъ или слоговъ, въ состояніи испускать крики (*pousser des cris*), у второго отнята возможность не только произношенія членораздѣльнаго слова, но даже слога или звука. Страдающій глоссо-лабіальнымъ параличемъ, при существованіи паралича губъ, языка, гортани, правда, съ большимъ трудомъ и очень невнятно, но все же произноситъ нѣсколько звуковъ. Затѣмъ Шарко считаетъ характернымъ для истеричныхъ нѣмыхъ то, что интеллигенція у нихъ никогда не поражена, они всегда даютъ вполне цѣлесообразные и разумные отвѣты на обращенные къ нимъ вопросы. Д-ръ Картацъ и Шарко указываютъ еще на одинъ характерный симптомъ, который мы констатировали и въ нашемъ случаѣ, именно истеричные нѣмые, когда къ нимъ обращаются съ вопросомъ, не дѣлаютъ никакихъ попытокъ устно отвѣчать, а хватаются за карандашъ, перо или грифель, которыя почти постоянно при нихъ.

Шарко, а за нимъ ученикъ его Картацъ, думаютъ, что истерическую нѣмоту слѣдуетъ принимать не за афазію, а за сочетаніе афазіи съ афоніей, такъ что истерическій нѣмой въ одно и то же время одержимъ, какъ афоніей, такъ и афазіей. Съ этимъ пунктомъ не всѣ согласны; д-ра Бокъ и Друйфъ приводятъ случаи, гдѣ точно было констатировано, что при существованіи нѣмоты, никакой афоніи одновременно не наблюдалось. Мы приведемъ здѣсь случаи доктора Druif'a изъ гинекологической клиники профессора Huix'a <sup>1)</sup>, при чемъ позволимъ

<sup>1)</sup> Dr. Stephan. Un cas de mutisme hystérique. Revue Medical 1889, B. 2.

себѣ здѣсь только небольшое замѣчаніе, что въ двухъ изъ этихъ случаевъ, равно какъ и въ нашемъ, полной потерѣ голоса предшествовало состояніе афоніи, длившееся короткое время.

Въ первомъ случаѣ говорится о 23-хъ лѣтней дѣвущкѣ прачкѣ. При поступленіи ея въ клинику, изслѣдованіе обнаружило слѣдующее: афонія, правосторонній гемипарезъ, расстройства чувствительности кожи. Вскорѣ вслѣдъ затѣмъ она стала совершенно нѣмой, но только на время теченія ночи, днемъ же она говорила. Еще позже она и въ теченіи дня по нѣсколько разъ лишалась способности говорить. Ларингоскопическое неоднократно произведенное изслѣдованіе не могло обнаружить никакихъ отступленій отъ нормы.

Во второмъ случаѣ говорится о женщинѣ 49 лѣтъ, страдающей въ теченіи двухъ лѣтъ періодическими приступами сначала алалии, а потомъ нѣмоты. Принята въ клинику 29 мая; констатировано *retentio urinae*, истерическія рвоты, правосторонній гемипарезъ и анестезія зѣва. Ларингоскопическимъ изслѣдованіемъ не удалось также констатировать какихъ либо расстройствъ въ мускулатурѣ гортани.

Въ третьемъ случаѣ, 25 лѣтняя служанка получила истерическій припадокъ вслѣдствіе испуга; ее испугали во время сна. Вслѣдъ за припадкомъ наступила нѣмота. И въ этомъ случаѣ ларингоскопическое изслѣдованіе не указало ни на какія аномаліи гортани.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приводимыхъ д-ромъ Бомомъ гортань не представляла никакихъ измѣненій; въ другихъ, составляющихъ большинство, находимы были парезы различныхъ мышцъ гортани, (чаще всего *m. crico-thyreoideus*). Въ большинствѣ случаевъ голосовыя связки были не въ достаточной степени напряженія и при фонированіи голосовая щель замыкалась не вполне. Итакъ, мы можемъ принять, что истерическая нѣмота сопровождается въ большинствѣ случаевъ афоніей, однако первая можетъ существовать не сопровождаясь второй.

Мы видимъ, что симптомокомплексъ этого вида проявленія истеріи, такъ характеристиченъ, полонъ и въ то же время такъ простъ, что діагнозъ его ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть причисленъ къ труднымъ.



Послѣднее облегчается еще болѣе въ тѣхъ случаяхъ, когда въ анамнезѣ мы находимъ данныя, указывающія на истерическую картину страданія, или когда, какъ это бываетъ въ большинствѣ случаевъ, мы находимъ и другіе симптомы: оваріи, разстройства органовъ чувствъ и т. д.

Да позволено будетъ мнѣ здѣсь привести вкратцѣ еще одинъ интересный случай нѣмоты, опубликованный докторомъ Стефаномъ. Сорокалѣтній крестьянинъ, пользовавшійся всегда цвѣтущимъ здоровьемъ, не одержимый сифилисомъ, или алкоголизмомъ, не отягченный наслѣдственнымъ предрасположеніемъ къ нервнымъ заболѣваніямъ, 15 декабря 1885 г. вдругъ былъ испуганъ 15-ти лѣтней дѣвочкой, дочерью сосѣда, бросившейся къ нему съ крикомъ и плачемъ спасти ея младшаго утопающаго брата. Б. не медля ни одного мгновенія послѣдовалъ за дѣвочкой. Пробѣжавъ нѣсколько шаговъ, имъ повстрѣчался отецъ несчастнаго мальчика. Послѣдній обратился къ Б. со словами: «не причиняй же себѣ хлопотъ, сосѣдъ, мальчишка уже утонулъ» и спокойно пошелъ по направленію къ своему дому. Б., однако не послушался сосѣда и отправился на поиски мальчика. Черезъ короткое время онъ нашелъ послѣдняго въ лѣсу. Оказалось, что мальчикъ лишь заблудился. Б. счастливый тѣмъ, что мальчикъ живъ, побѣждалъ съ нимъ къ его отцу. Но послѣдній не оказалъ никакой радости, увидѣвъ свое дитя. Безсердечіе такого отца произвело столь сильное впечатлѣніе на добраго Б., что онъ впалъ въ меланхолическое настроеніе и потерялъ аппетитъ. 19 онъ отправился въ городъ въ библіотеку купить себѣ газету. Всю дорогу онъ не замѣчалъ никакихъ перемѣнъ въ общемъ состоянii своего здоровья, ни въ рѣчи своей. Но, получивъ потребную газету и собираясь выйти, онъ вдругъ почувствовалъ головокруженіе и чуть не упалъ. Головокруженіе прошло очень скоро, но онъ не въ состоянii былъ произнести ни звука. На обратномъ пути въ деревню онъ оступился и упалъ въ воду, однако ему удалось скоро выбраться изъ нея. Вернувшись весь мокрый, стуча отъ стужи зубами, домой, онъ тамъ упалъ въ обморокъ. 21 декабря онъ пришелъ въ себя, но былъ совершенно нѣмъ. Въ общемъ состоянii его здоровья не пострадало, онъ въ состоянii былъ работать. 8 апрѣля 1889 г. д-ръ Стефанъ встрѣ-

тился снова съ пациентомъ. Онъ нашелъ его вполне здоровымъ, если не считать нѣмоты. Ни разстройствъ зрѣнія, ни слуха, ни какихъ либо другихъ не было на лицо, — единственное — онъ нѣмъ.

Я не безъ цѣли привелъ послѣдній случай. Я хотѣлъ привести точно изслѣдованный примѣръ возможности существованія периферической нѣмоты, какъ единственнаго симптома всего страданія истеріи.

Симуляція со стороны истеричныхъ всевозможныхъ симптомовъ такъ обыденна, что чуть ли не въ каждомъ случаѣ нужно быть осторожнымъ и подозрѣвать такую; тѣмъ болѣе, что склонность къ преувеличенію и симуляціи есть уже самъ собой симптомъ, характеризующій истерію. Однако, симптомокомплексъ нѣмоты такъ полонъ и вмѣстѣ такъ осложненъ, что симулировать ее было бы очень трудно и симулянтъ при стремленіи къ преувеличенію легко очень можетъ быть узнанъ. Я этимъ, однако, далеко не думаю сказать, что, если намъ встрѣтится случай нѣмоты, осложненный хотя бы, на примѣръ, расстройствами интеллекта или другими, мы непременно должны признать симуляцію; тоже относится къ другимъ complicatioms. Въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ, какъ величайшая рѣдкость, гдѣ при несомнѣнной истерической нѣмотѣ существовала глухота, или амнезія. Такъ, докторъ Картацъ описываетъ случай истерической нѣмоты, которая вначалѣ сопровождалась глухотой, а затѣмъ и моторной амнезіей. Мы въ короткихъ словахъ приведемъ здѣсь исторію болѣзни этого пациента.

Пациентъ Z, 20 лѣтъ, 16 іюня перенесъ припадокъ глухонѣмоты въ одномъ изъ ресторановъ. Онъ не слышалъ ни слова, когда къ нему обращались. Припадокъ былъ вызванъ письмомъ отца, заключавшимъ упреки за распутную жизнь сына. Привезенный въ больницу, онъ не въ состояніи былъ слышать слова, произносимыя громко. Онъ съ трудомъ понималъ ихъ только тогда, когда кричали надъ самымъ его ухомъ. Говорить онъ не въ состояніи. При помощи карандаша и бумаги онъ отвѣчаетъ безъ ошибокъ и вполне разумно на французскомъ и англійскомъ языкахъ на всѣ предлагаемые вопросы (писанные); ни парезовъ, ни пара-

личей, ни разстройствъ чувствительности, — словомъ до движеній языка и губъ вполне нормаленъ. Интеллектуально онъ нисколько не пострадалъ. Черезъ нѣсколько дней нѣмота стала по немногу отставать и поправляться сравнительно съ той степенью, какую она представляла въ первый день, такъ напр. онъ произноситъ уже *a* и *e*; позже она стала все болѣе поправляться, но вмѣстѣ съ тѣмъ у него стала проявляться моторная амнезія. Такъ напр. если написать ему по французски и польски Варшава или Warsowie, онъ произноситъ Wawie и Wawa; письменно же онъ даетъ понять, что ему знакомы слова Warsowie и Варшава... Эти расстройства длились около 14 дней, потомъ онъ снова сталъ вполне владѣть рѣчью.

Очень интересный случай истерической глухонѣмоты описанъ въ Berlin. klinisch. Wochenschrift за 1887 г., принадлежащій профессору Менделю.

Пациентъ болѣе года глухъ и нѣмъ, но пораженія эти проявляются въ очень странной формѣ. Ежедневно ровно въ 6 часовъ утра онъ начинаетъ говорить и владѣть рѣчью до 9, послѣ этого предѣльнаго часа онъ въ теченіи всего дня и всей ночи не въ состояніи издать ни одного звука, ни слышать ни одного слова.

Р. 51 годъ, въ юности былъ здоровъ, не имѣетъ наслѣдственнаго предрасположенія къ нервнымъ заболѣваніямъ. 5 ноября 1864 г., когда ему было 28 лѣтъ, онъ получилъ ушибъ въ правую руку. Съ той поры онъ испытываетъ постоянныя боли въ рукѣ и неловкость при движеніи ея. Въ 1872 г. у него были эпилептическіе припадки. Въ теченіи года они повторялись довольно часто, затѣмъ исчезли и не появлялись въ теченіи пяти лѣтъ. Въ 1875 г. онъ перенесъ контрактуру праваго локтеваго сочлененія, затѣмъ кистеваго и пальцевъ. Въ продолженіи четырехъ лѣтъ онъ не могъ разогнуть пальцевъ. Подобное же состояніе наступило и въ 1883 г., но въ нѣсколько иной формѣ. Ежедневно послѣ обѣда отъ 5—6 часовъ и до полуночи лѣвое локтевое сочлененіе, также какъ и пальцевыя сочлененія лѣвой руки контрактурованы, все остальное время лѣвая конечность вполне здорова. Теперешнее состояніе наступило съ 21 мая 1881 г. Въ этотъ день послѣ перенесеннаго имъ эпилептическаго припадка,

пациентъ вдругъ потерялъ всякую возможность говорить и слышать. Состоянье это длилось двѣ недѣли. Послѣ этого картина болѣзни перемѣнилась слѣдующимъ образомъ, пациентъ глухъ и нѣмъ только съ 5 часовъ вечера и до 6 утра, остальное время онъ все слышитъ и говоритъ. Въ маѣ 1886 г. картина болѣзни опять мѣняется слѣдующимъ образомъ, онъ нѣмъ съ 1 часу по полудни и до 6 утра; а съ іюня прошлаго года наступило то состоянье, въ которомъ онъ и по нынѣ пребываетъ. Намъ остается указать еще на одну характерную черту истерической нѣмоты, именно на наступленіе и исчезновеніе этого пораженія. Въ большинствѣ случаевъ оно наступаетъ также внезапно, какъ и исчезаетъ; однако же нерѣдки случаи, гдѣ афазія предшествуетъ афоніи, также какъ и предъ полнымъ исчезаніемъ нѣмоты она переходитъ въ афонію. Нерѣдки также случаи, гдѣ больной понемногу приучается говорить: сначала онъ произноситъ звуки, затѣмъ слоги, и наконецъ слова. Иногда, какъ это описалъ Картацъ, да и видно изъ нашего случая, больной предъ полнымъ выздоровленіемъ нѣкоторое время заикается.

Въ одномъ случаѣ доктора Картаца пациентъ четыре раза перенесъ подобное состоянье нѣмоты въ промежутокъ времени съ 11 февраля по 8 ноября 1885 г. Каждый разъ предъ полнымъ возвратомъ рѣчи онъ нѣкоторое время заикался, повторялъ по два раза одинъ и тотъ же слогъ, если слово оказывалось слишкомъ длиннымъ.

Что касается продолжительности этого пораженія, то тутъ примѣнимо тоже, что и по отношенію къ прочимъ симптомамъ истеріи. Состоянье можетъ длиться десятки лѣтъ, также какъ и всего нѣсколько часовъ или минутъ.

Возрастъ и полъ не имѣютъ значенія, — истерической нѣмотой поражаются одинаково старики, молодые и дѣти, мужчины и женщины.

Теперь перейдемъ къ вопросу, гдѣ именно слѣдовало бы искать мѣстопребыванье и причины, вызывающія это странное состоянье. Мы уже выше указали на то, что ее нельзя искать въ пораженіи периферической нервной системы или продолговатаго мозга, они несомнѣнно центральнаго происхожденія. По Шарко, сущность сводится къ динамическому разстройству сѣрой субстанции полушарій. Мнѣніе свое онъ основываетъ на

томъ фактъ, что истерическая нѣмота поддается леченію внушеніемъ и что путемъ же внушенія удастся вызвать весь симптомокомплексъ нѣмоты. Профессоръ Мендель объясняетъ вышеприведенный случай глухонѣмоты разстройствомъ въ субкортикальныхъ центрахъ, или быть можетъ и въ проводниковыхъ путяхъ. Онъ полагаетъ, что здѣсь періодически наступаютъ извѣстныя препятствія и этимъ вызываютъ расстройства въ воспріятіи слуховыхъ впечатлѣній съ одной стороны, а съ другой въ отправленіяхъ мускулатуры, потребной при механизмѣ рѣчи.

Если мы обратимся къ литературѣ этого вопроса аналогичной органической афазіи, чисто атактической, то и тутъ мы не найдемъ ничего точно установленнаго. Мы позволимъ себѣ привести здѣсь мнѣнія нѣкоторыхъ авторитетовъ въ области ученія о разстройствѣ рѣчи. Проф. Куссмауль высказывается слѣдующимъ образомъ (*Störungen der Sprache*, 1887 г., стр. 151): „настоящія атактическія формы афазіи происходятъ исключительно вслѣдствіе параличей переднихъ отдѣловъ корки, въ особенности 3 лобной извилины“. Шарко принимаетъ (*Progrès medical*, 1874 г.) за причину *logorégie*, какъ онъ называетъ атактическую афазію, проходящія или постоянныя пораженія сѣрой части третьей лобной извилины, или бѣлыхъ пучковъ, соединяющихъ послѣднюю съ бульбарными ядрами Lichtheim (*Deutsch, Arch. f. Klin. Medic.* 36. S. 260) и Wernicke (*Ueber Aphasie*) принимаютъ за причину пораженія въ продолженіи пути, соединяющаго центръ Брока съ бульбарными ядрами, причемъ Wernicke полагаетъ, что гнѣздныя пораженія въ мосту, лѣвомъ *Pedunculi cerebri* равно какъ и дальше въ центробѣжномъ направленіи по *Sprachbahn* могутъ вызывать атактическую афазію (*Fortschrit. der Medicin* 1884). Lichtheim, напротивъ, полагаетъ, что исходящій отъ извилины Брока периферическій центръ созданъ только на короткомъ разстояніи такимъ образомъ, что гнѣздныя пораженія его могли бы вызывать дѣйствительную афазію; такъ что (l. c. S. 263) пораженія внутренней капсулы, а еще менѣе периферически расположенныя гнѣздныя заболѣванія, по его словамъ, никогда не вызываютъ афазіи.

## Базедова болѣзнь и алкогольный автоматизмъ.

(Изъ клиники проф. П. И. Ковалевскаго).

П. Н. Лашенко.

(Судебно-медицинскій случай).

Случай алкогольнаго автоматизма довольно рѣдки, но важность ихъ въ судебно-медицинскомъ отношеніи безспорно громадна. Въ самомъ дѣлѣ въ состояніи автоматизма человѣкъ можетъ надѣлать Богъ знаетъ какихъ дѣлъ, буквально не вѣдая, что творить, а между тѣмъ, будучи членомъ общества, онъ является отвѣтственнымъ не только передъ своею частною совѣстью, передъ общественнымъ мнѣніемъ, но можетъ попасть на скамью подсудимыхъ. Все дѣло, естественно, въ томъ, являются ли его автоматическіе поступки лишь диссонансомъ съ правилами приличія, или они преступны. Отсюда одинъ автоматикъ лишь вызоветъ удивленіе, пожатіе плечами посторонняго зрителя, а другой можетъ легко попасть на скамью подсудимыхъ и быть героемъ уголовного процесса. Легко, конечно, представить себѣ ужасъ подобнаго героя, которому приходится со стороны, изъ данныхъ предварительнаго слѣдствія, знакомиться съ подробностями своихъ дѣяній. Что долженъ переживать подобный человѣкъ, слушая, на примѣръ, направленный противъ него обвинительный актъ, въ торжественномъ засѣданіи суда? Ужаснѣе всего, что автоматизмъ можетъ тянуться цѣлыми днями, при чемъ сохраняется цѣлесообразность и quasi-разумность поступковъ, что естественно даетъ имъ отбѣнокъ разума и воли, когда свершившій ихъ человѣкъ именно и былъ лишенъ этого разума и воли, перенесся въ сферу безсознательности, рефлекторной жизни. Но на помощь ему является наука въ лицѣ экспертизы, и

подсудимый съ оправдательнымъ вердиктомъ оставляетъ судъ. Счастье его, что родился онъ въ нашъ просвѣщенный вѣкъ, когда высоко стоитъ знамя науки..... Уже давно погасли костры, давно умолкли предсмертные вопли безвинно осужденныхъ когда-то истерическихъ женщинъ.....

Что такое алкогольный автоматизмъ? Подъ этимъ именемъ разумѣется такое состояніе, когда человѣкъ лишается сознанія, воли, разсудка, но подъ вліяніемъ импульсовъ, недостигающихъ сознанія, исполняетъ рядъ болѣе или менѣе цѣлесообразныхъ поступковъ. Поступки могутъ носить самый разнообразный характеръ, напр.; въ случаѣ, описанномъ д-ромъ Сулима, дѣло шло объ убійствѣ жены. Вопросъ объ алкогольномъ автоматизмѣ разработанъ по преимуществу трудами Crothers'a, Magnan'a, проф. Мержеевского, Говсѣева, Сулимы, Троицкаго и др. Такимъ образомъ казуистика даннаго вопроса уже не бѣдна, но мы все таки считаемъ небезынтереснымъ представить случай автоматизма, повлекшаго за собой уголовный процессъ, гдѣ пришлось намъ присутствовать въ числѣ экспертовъ. Подсудимый обвинялся въ покушеніи на убійство своего зятя. Изъ данныхъ слѣдствія и обстоятельствъ самого проступка было замѣчено, что совершившій преступленіе находился въ то время въ ненормальномъ состояніи, на что указывалъ и самъ подсудимый. Ввиду всѣхъ этихъ обстоятельствъ послѣдній былъ отданъ на испытаніе въ психіатрическую клинику проф. П. И. Ковалевскаго. Въ своей статьѣ мы сначала представимъ данныя клиническаго наблюденія надъ испытуемымъ, затѣмъ перейдемъ къ описанію обстоятельствъ покушенія, на основаніи слышанныхъ нами свидѣтельскихъ показаній.

Апатнезис. Дворянинъ В. Ш. 44 лѣтъ по распоряженію судебного слѣдователя поступилъ въ клинику душевныхъ и нервныхъ больныхъ 11 октября 1889 года для испытанія его умственныхъ способностей. Свѣдѣнія о прошлой жизни испытуемаго, записанныя частью со словъ его самого, частью со словъ лицъ, хорошо знакомыхъ съ его прошлымъ, сводятся къ слѣдующему.

Бабка по матери была истерична, страдала разнообразными нервными припадками и теперь лежитъ въ

постели, разбитая параличемъ. Дѣдъ и отецъ умерли скоропостижно: первый отъ разрыва сердца, второй отъ удара. Мать была золотушна и обнаруживала симптомы Базедовой болѣзни: имѣла зобъ и пучеглазіе и кромѣ того часто страдала истерическими припадками, во время которыхъ плакала, кричала и въ то-же время обнаруживала клоническія судороги въ нижнихъ конечностяхъ. Двоюродный братъ по матери—идіотъ и по временамъ приходитъ въ состояніе сильнаго возбужденія (кричитъ, бѣгаетъ по комнатѣ, рветъ на себѣ платье и т. п.). Двоюродная сестра—эксцентрична и безнравственна до цинизма. Родная сестра испытуемаго умерла отъ рахита. Родители въ кровномъ родствѣ не состояли; когда онъ родился, то отцу было 43, матери 26 лѣтъ. Предположить зачатіе въ состояніи опьяненія отца или матери нѣтъ основанія. Отецъ пилъ, но въ мѣру. Беременность матери испытуемымъ протекала при явленіяхъ обострѣнія всѣхъ ея болѣзненныхъ симптомовъ. Она была въ угнетенномъ состояніи, постоянно жаловалась на головную боль. Въ тѣлесномъ и умственномъ отношеніи больной походитъ на мать. Со дня рожденія онъ представлялъ изъ себя слабаго, хилаго ребенка. Физическое развитіе шло медленно. При прорѣзываніи зубовъ у него были судороги въ ножкахъ. Перенесъ скарлатину. Держали его всегда дома, берегли какъ нѣжное, тепличное растеніе, такъ какъ онъ часто простуживался. Былъ вялъ, блѣденъ, золотушенъ, пугливъ на столько, что даже днемъ не могъ одинъ оставаться въ комнатѣ. Его не занимали дѣтскія игры, онъ не умѣлъ рѣзвиться, чувствовалъ какую-то болѣзненную привязанность къ матери, а съ 5 лѣтъ на него находили уже приступы тоски. Онъ не разъ обращался къ матери со словами: „Ахъ, мама, у меня что-то вотъ тутъ нехорошо.. (указывая на грудь) разрѣжь и посмотри, что у меня тамъ такое“. 9 лѣтъ онъ остался круглымъ сиротою и его отдали на воспитаніе бабушкѣ, женщинѣ, болѣзненной и раздражительной. Она строго держала внука, болѣзненнаго, малокровнаго, безжизненнаго мальчика, никуда его не выпускала. Онъ продолжалъ расти въ полномъ одиночествѣ, онъ не зналъ сверстниковъ, друзей дѣтства у него не было, онъ затосковалъ еще больше и разъ



даже рѣшилъ покончить съ собою, побѣждалъ зимою въ садѣ и зарылся въ снѣгъ, думая тамъ умереть. Онъ рано познакомился съ романами Майнъ-Рида, Жюль-Верна, — и какъ онъ завидывалъ тому или другому герою, какія очаровательныя посѣщали его сновидѣнія... нерѣдко ему дѣлалось такъ страшно, что онъ не могъ заснуть прежде, чѣмъ бабушка не сотворитъ надъ нимъ молитвы. Готовился въ гимназію онъ дома и 11 лѣтъ поступилъ во 2-й классъ. Ученикомъ онъ былъ застѣнчивымъ, робкимъ, тихимъ, начальство его любило, учился такъ-себѣ, переходилъ изъ класса въ классъ, хотя часто по болѣзни пропускалъ уроки, болѣя головной болью. Въ это-же время у него появлялись странности въ поступкахъ, напримѣръ, такого рода: сидитъ на стулѣ, нужно встать, онъ иначе не встаетъ, какъ ступивъ на лѣвую ногу, а если случайно ступить правой, то ему приходилось снова сѣсть на стулъ и исполнить такую роковую необходимость. По словамъ испытуемаго, въ эти годы онъ обладалъ способностью ясновидѣнія, предсказавъ однажды смерть дѣда. На 13 году онъ перенесъ тифъ. Въ жару галлюцинировалъ, схватывался куда-то бѣжать съ постели. 17 лѣтъ болѣлъ холерой. Половое влеченіе обнаружилъ рано и съ 12—15 лѣтъ занимался онанизмомъ. Будучи сильно золотушнымъ, онъ часто страдалъ опухолями и даже нарывами лимфатическихъ железъ. По окончаніи курса въ гимназіи, онъ поступилъ на юридическій факультетъ Харьковскаго университета. Онъ съ жаромъ принялся заниматься, но не прошло и  $1\frac{1}{2}$  года, какъ появился холодный абсцессъ на правомъ бедрѣ, заставившій его болѣе года пролежать въ постелѣ, а послѣ онъ ходилъ на костыляхъ. Въ университетѣ, хвора то тѣмъ, то другимъ, онъ убѣдился въ своей несостоятельности и неспособности къ серьезнымъ, срочнымъ умственнымъ занятіямъ. Наступаетъ жаркое, лихорадочное время экзаменовъ, а его голова отказывается работать. Въ другой разъ предметъ хорошо изученъ, а придетъ на экзаменъ, всѣ знанія улетаютъ вонъ, нападаетъ страхъ, неувѣренность въ силахъ, боязнь провалиться и пр. Со 2-го курса юридического факультета онъ перешелъ на естественный, но черезъ годъ его оставилъ: засѣлъ дома и сталъ готовиться къ кандидатскому экзамену. Съ го-

товыми знаніями онъ поѣхалъ держать экзаменъ въ Одессу. Здѣсь съ нимъ случилось то-же. Чувство одиночества, отсутствіе нравственной поддержки еще болѣе ослабили его слабую увѣренность въ самомъ себѣ. Онъ и не начиналъ держать экзамена. Съ чувствомъ злой радости и презрѣнія къ себѣ, онъ бросилъ на всегда такъ часто воспламенявшую его мечту добиться диплома. Ему нужно было выбраться изъ Одессы, но на это не хватило силы воли и онъ принужденъ былъ просить знакомыхъ, чтобы они увезли его на вокзалъ, усадили въ вагонъ: „я не зналъ, говоритъ испытуемый, что существуютъ болѣзни воли, что ихъ можно лечить, можетъ быть, мнѣ было-бы тогда не такъ тяжело и стыдно“. Изъ Одессы онъ уѣхалъ въ свое имѣніе. Припоминая время своей студенческой жизни, испытуемый не могъ ничего особеннаго отмѣтить. Отрадныхъ воспоминаній мало, друзей-товарищей не было, а симпатіи поддерживались подъ часъ силою привычки, вопреки разуму. Приходилось иногда участвовать въ товарищескихъ попойкахъ, когда столь измѣнчивое настроеніе духа оставляло свою обычную отрицательную сторону самочувствія. Его быстро заражало веселье, онъ быстро входилъ въ новую для него роль. Но какъ тяжела была расплата за это недолгое счастье. Все это смѣнялось полною негодностью на что бы то ни было и съ сильною головою болью, общею слабостью, тоскою онъ принужденъ былъ цѣлые дни проводить въ постели. Въ общемъ итогъ состояніе тоски при головной боли, трепетаніе сердца составляло, такъ сказать, центръ его постоянныхъ болѣзненныхъ ощущеній, доводившихъ его сознаніе до мысли о самоубійствѣ и заставлявшихъ его постоянно обращаться за врачебною помощью. Въ виду важности вопроса о вліяніи на испытуемаго спиртныхъ напитковъ, можно сказать, что выпивать ему приходилось вообще рѣдко. Выпивалъ онъ 4—5 разъ въ годъ, чтобы хотя на нѣсколько часовъ разсѣяться, „встряхнуть нервы“, а въ послѣднее время онъ чувствовалъ полную невыносимость, чувствуя головную боль послѣ 1—2 выпитыхъ имъ рюмокъ водки. Курить началъ рано съ 15 лѣтъ и курилъ много.

Поселившись въ деревнѣ, Ш. съ рвеніемъ принялся за хозяйство, но здѣсь онъ убѣдился въ своей непод-

готовленности и несостоятельности. Хозяйство шло плохо. Его кругомъ обкрадывали и надували, его усиленная слабо-характерность, слабость воли лишали его всякой энергіи и инициативы. Появилась болѣзненная щепетильность, въ силу которой онъ, вопреки желанію, не могъ отказать въ займѣ денегъ даже завѣдомо несостоятельному просителю. Такъ, одному еврею онъ противъ убѣжденія далъ въ долгъ 10 тыс., и деньги, конечно, пропали. III. скоро покинулъ деревню и въ 1870 г. переѣхалъ въ Харьковъ. Занимаясь то тѣмъ, то другимъ, безъ опредѣленнаго плана, мучимый сознаниемъ негодности къ общественной дѣятельности и жизни, недовольный своимъ положениемъ, онъ чуждался общества часто въ силу появляющихся подчасъ тяжелыхъ мыслей, что онъ жалокъ, не воспитанъ, не образованъ, смѣшонъ и т. п. Отсюда онъ продолжалъ быть несообщительнымъ и нелюдимымъ, будучи всегда отзывчивымъ и добрымъ, не сдѣлавъ никому никакого зла. Лишь временами, вспышками, онъ чувствовалъ тяжесть своего одиночества, стремился въ общество, гдѣ бывалъ подчасъ веселъ, много говорилъ; но все это смѣнялось приступомъ тоски, ломотою въ ногѣ, плохимъ сномъ, болью головы и шейныхъ позвонковъ и пр. III. снова занимался дома, усиленно занимался чтеніемъ и переводомъ статей, которыя онъ печаталъ въ журналахъ. Въ 71 году онъ женился, продалъ свое имѣнье, купилъ у родственниковъ жены другое (что оказалось крайне невыгоднымъ) и зажилъ семейною жизнью. Счастье ему улыбнулось, но не надолго. Лѣто проживалъ въ деревнѣ, зиму въ Харьковѣ. У него родились два сына и дочь. Затѣмъ пошелъ семейный разладъ, жена его оставила, „смѣнила законъ“, какъ выразилась на судѣ свидѣтельница, его нянька. Въ III. заговорила ревность, самолюбіе, оскорбленная честь, но онъ не находилъ въ себѣ силъ, чтобы предпринять какіе-бы то нибыло мѣры. Ему оставались лишь страданія и нравственныя муки. Всѣ эти непріятности послужили причиной тому, что на 32 году III. заболѣлъ Базедовой болѣзью съ рядомъ тяжелыхъ ея симптомовъ. Заболѣлъ онъ въ деревнѣ и привезли его въ Харьковъ въ такомъ тяжеломъ состояніи, что съ вокзала не могли довести до квартиры и принуждены были положить въ бли-

жайшей аптекъ, куда приглашены были врачи, открыто выражавшіе опасеніе за жизнь больного. Онъ больше года лежалъ въ постелѣ, мучимый одышкой, сердцебіеніемъ, болями въ выпяченныхъ глазахъ и рядомъ другихъ припадковъ Базедовой болѣзни. Отъ питанія молочнымъ киселемъ, у него бывали постоянныя рвоты, а органъ обонянія былъ обостренъ такъ сильно, что, напримѣръ, запахъ бульона онъ слышалъ за десятокъ комнатъ и больного тошнило. Получивъ облегченіе, больной отправился въ Крымъ. Припадки болѣзни ослабѣли, но она оставила за собою неизгладимыя черты. Въ наружномъ видѣ Ш. произошла поразительная перемѣна. Онъ похудѣлъ, сталъ поразительно блѣденъ, волосы на головѣ порѣдѣли, стали сухи, а при треніи рукой развивали статическое электричество значительной степени. вмѣсто полной окладистой бороды остались жалкіе клочки, а на щекахъ волосъ не стало вовсе. Также исчезли волосы на лобѣ, подъ мышками и на остальныхъ мѣстахъ кожи. Измѣнилась кожа, стала суха, вслѣдствіе атрофіи потовыхъ и слезныхъ железъ. У Ш. долго послѣ болѣзни былъ столь сильный треморъ рукъ, что онъ не могъ писать. Затѣмъ постепенно стала падать половая дѣятельность. Сначала исчезла эрекція, а затѣмъ постепенно атрофировались половые органы и дѣло окончилось тѣмъ, что яички исчезли, а половой членъ по своей величинѣ сталъ походить на членъ 7-лѣтняго ребенка. Здоровье Ш. упало значительно. Семейная непріятность еще болѣе усилилась. Жена, оставивъ его, взяла съ собой сына, не пускала его къ отцу и послѣднему приходилось тайкомъ, какъ воръ, искать свиданія съ своимъ любимымъ ребенкомъ у подъѣзда гимназіи, на конкѣ, у воротъ жениной квартиры. Въ 89 г. жена уѣхала въ Пензу и увезла съ собою сына. Легко понять, почему такъ сильно отразился на здоровьи Ш. этотъ рядъ нравственныхъ мукъ. И до того неустойчивая нервная сила пала еще болѣе. Головные боли, боль въ позвоночникѣ стали постояннымъ явленіемъ. Въ характерѣ также произошла перемѣна: больной сдѣлался капризнымъ, раздражительнымъ, нахлынувшіе подчасъ приступы тоски не разъ доводили сознаніе до мысли о самоубійствѣ. День онъ проводилъ еще кое какъ, стараясь

развлечь себя усиленнымъ трудомъ, но это ослабляло его еще больше и ночью лишало сна. Его стали мучить наступившія галлюцинаціи зрѣнія, обонянія. Лежить въ постели и вотъ на него начинаютъ пристально смотрѣть чьи-то глаза. Они все ближе, ближе, выпячиваются изъ орбитъ и вдругъ лопаются, какъ пузырь, передъ самымъ лицомъ. Не рѣдко въ галлюцинаціяхъ фигурировалъ образъ жены; въ кошмарахъ-же разобраться было трудно, такъ какъ это была неясная картина отвратительныхъ рожъ. На страстной недѣлѣ, въ первыхъ числахъ апрѣля прошлаго года Ш. получилъ письмо отъ сына, гдѣ онъ писалъ, что не пріѣдетъ въ Харьковъ. Это неутѣшительное письмо, сознаніе, что сынъ живетъ гдѣ то съ матерью, подъ вліяніемъ неизвѣстнаго лица, постоянное одиночество, сознаніе неспособности своей предпринять что либо рѣшительное, стыдъ передъ общественнымъ мнѣніемъ, въ конецъ подорвали его надломленныя силы. Его знакомая, свидѣтельница С., не разъ говорила ему о его болѣзненномъ, страшномъ видѣ, глядя на его блуждающія глаза, слушая его почти несвязную рѣчь. Находясь въ такомъ состояніи, Ш. отправился на гулянье 1 мая 89 г. въ клубный садъ, чтобы хотя немного разсѣяться на нѣсколько часовъ. Въ саду Ш. встрѣтился съ своимъ зятемъ У., который познакомилъ его съ своими знакомыми желѣзно-дорожными служащими С. и Л. Компанія послѣ спектакля поужинала, затѣмъ отправились въ садъ Тиволи, гдѣ также продолжали пить, слушая пѣнія хористокъ. На разсвѣтѣ между Ш. и У. произошла ссора, которая кончилась тѣмъ, что Ш. былъ избитъ своимъ зятемъ и брошенъ въ саду. Тогда Ш. отправляется домой, беретъ револьверъ, пріѣзжаетъ на вокзалъ, встрѣчается съ У., стрѣляетъ въ упоръ. Его подвергаютъ аресту и назначается слѣдствіе. Вотъ въ общихъ чертахъ обстоятельства покушенія. Подробно къ нему мы вернемся позже. Теперь же продолжаемъ описаніе клиническихъ данныхъ.

*Status praesens.* При изслѣдованіи Ш. въ клиникѣ оказалось слѣдующее: Ростъ 166 сант., объемъ груди 93 с., а при глубокой инспираціи 95 с. Вѣсъ тѣла 4 п. 5 $\frac{1}{2}$  ф. Тѣлосложеніе среднее. Питаніе организма и количество крови ослаблено и понижено. Волосы на

головѣ рѣдки, мягкіе, при треніи рукой развиваютъ статическое электричество такой силы, что кусокъ бумаги и даже деревянныя пластинки легко ими притягиваются и удерживаются на вѣсу. Въ сухую погоду такая способность волосъ усиливается. Волосистость всего тѣла крайне скудна, на щекахъ, на *mons Veneris* имѣетъ видъ пушка (*lanugo*). Измѣреніе черепа краниометромъ дало слѣдующіе результаты. Наибольшая окружность черепа 55 с., затылочно-ушная 95 с., лобно-ушная 30 с., прямой діаметръ черепа 18,5, кривая отъ *glabella* до *protuberantia occipitalis externa* 31 с., поперечный діаметръ 15 с., правый косой  $15\frac{3}{4}$  с., лѣвый 15 с. Діаметръ основанія черепа  $12,5+7$ . Діаметръ высоты 14. Продольно поперечный показатель 81,09, продольно высотный показатель 75,67. Вышина лба 5, ширина 16, діаметръ лба 11,5. Форма головы округленная. Особенности уродливостей и неправильностей черепа не замѣчается, кромѣ нѣсколько слабого развитія затылочныхъ бугровъ, особенно слѣва. Типъ черепа по показателю Broca *Subbrachycephalia*. Лицо ассиметрично, его правая половина развита слабѣй, лѣвый уголъ рта стоитъ ниже. Слизистая оболочка блѣдна, подвижность вѣкъ замедлена, замѣтно произвольное ихъ дрожаніе и подергиваніе къ наружи. Подвижность лѣваго глаза ограничена внутрь. Замѣчено пучеглазіе обѣихъ глазъ (*Exophthalmus oculorum*) и косоглазіе (*Strabismus divergens oculi sinistri*). Влажность и блескъ глазъ усилена. Зрачки равномѣрны и слегка сужены. Первичная и вторичная реакція ихъ на лѣвомъ глазу ослаблены. Поле зрѣнія представляетъ концентрическое суженіе для бѣлаго цвѣта; для голубаго и краснаго цвѣтовъ оно также сужено, особенно для праваго глаза. Острота зрѣнія для праваго глаза  $\frac{20}{XL}$ , для лѣваго  $\frac{20}{XXL}$ , для обѣихъ  $\frac{20}{XXX}$ . Свѣто-и цвѣто-ощущеніе сохранены и нормальны. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи глазного дна оказалось, что сѣтчатка блѣдна, сосуды ея тонки, *papilla n. optici* лѣваго глаза овальна, а праваго круглой формы. Подвижность мускуловъ лица ослаблена, особенно справа. Замѣтны произвольныя дрожанія и даже судорожныя подергиванія лицевыхъ

мышцъ. Чувствительность кожи лица понижена, мѣстами повышена. Выраженіе лица сосредоточенное, съ оттѣнкомъ грусти. Полость носа безъ особенностей. Языкъ обложенъ бѣловатымъ налетомъ, шероховатъ, по краямъ замѣтны слѣды рубцовъ. Язычекъ ничего не представляетъ. Обонятельныя ощущенія обострены къ веществамъ непріятнаго запаха (*Assa foetida*). Къ нѣкоторымъ пахучимъ веществамъ III. чувствуетъ нетерпимость (бѣлая акація). Вкусовые—не извращены, но ослаблены въ томъ смыслѣ, что испытуемый не ощущаетъ вкусъ хинина и сѣрной кислоты въ ихъ физиологическихъ растворахъ. Небо безъ особенностей, зубы каріозны, темнаго цвѣта, многихъ нѣтъ и сохранены лишь вверху 6, внизу 5. Величина ушей нормальна, замѣтна разница въ развитіи завитковъ. Острота слуха понижена, на правомъ  $\frac{17}{42}$ , на лѣвомъ  $\frac{25}{42}$ . Слухъ черезъ черепъ сохраненъ. При изслѣдованіи шейной области, слѣва замѣтны три скрофулезныхъ рубца. Лимфатическія желѣзы какъ шеи, такъ и другихъ частей не увеличены. При изслѣдованіи легкихъ—ясный легочный тонъ, везикулярное дыханіе съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ. При перкуссіи сердца абсолютная тупость начинается сверху—съ верхняго края 4-го ребра, справа у лѣваго края грудины, снаружи у соска. При аускультации сердца—первый тонъ глухъ, второй акцентированъ, замѣтны перебои. Пульсъ мягкій - 80 въ 1'. Сфигмографическая кривая пульса даетъ указанія на артмію сердца. Температура ниже нормы: утромъ 35, 35,5°, вечеромъ 36, 36,5°, до 37° не доходила ни разу. Печень увеличена. Ея тупость при перкуссіи по мамилярной линіи начинается на верхнемъ краѣ 6-го ребра, по аксиллярной на 7-мъ, по скапулярной на 9 ребрѣ. Селезенка также слегка увеличена и притупленіе ея начинается на 8 ребрѣ. Кишечникъ напряженъ. Артеріальные сосуды нормальны, а кожные венозные усиленно развиты, особенно на лѣвой половинѣ тѣла. Количество мочи 1225—1500 к. с. мутновато-соломенно-желтаго цвѣта, уд. в. 1020, реакція слабо-кислая, N=5,98... Изслѣдованіе патологическихъ частей мочи дало отрицательные результаты. Осадокъ мочи содержитъ слизь и эпителий пузыря. Мочевой пузырь и сфинк-

теръ прямой кишки ненормальностей не представляютъ. Половая дѣятельность отсутствуетъ. Полная импотенція; penis и testiculi атрофированы. Строение позвоночника правильно, его чувствительность усилена, особенно въ области 4—7 шейныхъ позвонковъ. Подвижность сохранена, слегка ослаблена въ силу болей. Строение конечностей правильно, ихъ мускулатура развита достаточно. Походка неровная, слабая, испытываемый прихрамываетъ на правую ногу, а при вставаніи съ мѣста слегка шатается. Онъ не можетъ быстро вставать въ силу слабости нижнихъ конечностей. Мышечная сократимость подъ вліяніемъ индуктивнаго и постоянного тока понижена, не извращена: m. zygomaticus KSC=3 М. А. m. tibialis anticus KSC=3,5 М. А., Ap. ЗС=5 М. А. и т. п. Фарадическая сократимость также слегка ослаблена, сокращенія вялы. При изслѣдованіи чувствительной сферы оказалось слѣдующее. Тактильная чувствительность усилена, особенно слѣва, температурное чувство понижено. 1<sup>о</sup>. Болевое чувство не представляетъ замѣтныхъ уклоненій, слѣва оно выражено яснѣе, а въ области сосковъ замѣтна гипералгезія. Чувство мѣста понижено, особенно справа, такъ, двойное ощущеніе прикосновенія циркуля ощущается при положеніи ножекъ на разстояніи

	Справа.	Слѣва.
Лобъ . . . . .	30 m. m.	25.
Языкъ . . . . .	12 » »	10.
Губы . . . . .	14 » »	7.
Грудь . . . . .	60 » »	50.
Область сосковъ . .	10 » »	10.
Плечо . . . . .	0 » »	0.
Спина . . . . .	80 » »	60.
3 фаланга пальцевъ	10 » »	8.

Замѣчалось явленіе извращенія воспріятія чувствительной сферы, когда, напр., температурное чувство смѣнилось болевымъ. Область сосковъ иногда на столько бывала гипералгезирована что испытываемый, напр., не переносилъ прикосновенія рубахи. Что касается состоянія рефлексовъ, то сухожильные повышены, особенно patellae и m. tricipitis. Легко получить было рефлексъ при ударѣ молоточкомъ о сухожилие m. flexor и exten-



сor digitorum communis. Ударъ по spina scapulae быстро вызывалъ сокращенія m. deltoidei. Что касается осознательныхъ рефлексовъ, то рефлексъ corneae усиленъ, скапулярный, брюшной, cremaster'a, ягодичный отсутствуютъ, подошвенный пониженъ, вазомоторные ослаблены, болевые усилены. Динамометрія правой руки = 35, лѣвой 35. Потовыдѣленіе значительно ослаблено, слюноотдѣленіе нормально. Покровы кожи весьма блѣдны и дряблы, сухи, съ явленіями склеродерміи и яснаго шелушенія эпидермиса, особенно на нижнихъ конечностяхъ. Случивающіяся эпидермоидальныя чешуйки расположены рядами, перламутроваго цвѣта, имѣютъ форму вытянутыхъ ромбовъ и разграничены узенькими полосками какъ бы нормальной кожи. На наружномъ краѣ праваго бедра, на 12 с. ниже trochanter major, находится значительный втянутый рубецъ. Кожа на мѣстѣ рубца сращена съ подлежащей костью и вся эта область болѣе обыкновеннаго чувствительна къ уколамъ, надавливаніямъ и другимъ механическимъ раздраженіямъ. Подкожный слой развитъ умѣренно. Мускулатура всего организма развита удовлетвори-тельно. Идиомускулярная сократимость отсутствуетъ. Кости скелета развиты правильно. Сонъ большею частью плохой. Испытуемый часто просыпается или безъ очевидной причины, или вслѣдствіе кошмаровъ непріятнаго свойства. Аппетитъ удовлетворительный, отправленіе кишечника правильно, временами задержано.

Вниманіе къ окружающей обстановкѣ, способность воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній и проводимость ихъ не представляютъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы. Существуютъ иллюзіи вкуса и галлюцинаціи вкуса и зрѣнія, вполне сознаваемые испытуемымъ за таковыя. Въ пищѣ иногда ощущаетъ запахъ тряпки, по временамъ ощущаетъ взглядъ какихъ то глазъ и незнакомые ему образы людей. Образование представленій, ходъ ихъ не представлялъ уклоненія отъ нормы,—замѣтно было впрочемъ нѣкоторая вялость представленій. Что касается ассоціаціи представленія, то, при разговорѣ съ испытуемымъ, замѣтно было уклоненіе въ сторону мелкихъ подробностей, подъ часъ не идущихъ къ дѣлу, въ ущербъ ясности исходной, основной мысли. Способность запоминанія и припоминанія вяла, созна-

ніе окружающей обстановки полное, сужденія и заключенія правильны. Настроеніе духа подавлено. Нравственное чувство обострено. Его нравственные принципы стоятъ высоко и заставляютъ его возмущаться и краснѣть за тотъ или другой неблагоприятный чей нибудь поступокъ. Онъ стѣсняется говорить дурно даже о лицахъ, завѣдомо дурныхъ, и проявляетъ крайнюю застѣнчивость и щепетильность при собираніи анамнестическихъ данныхъ, гдѣ приходится касаться вопроса о наслѣдственности, о грѣхахъ и болѣзняхъ его предковъ, родныхъ, объ его отношеніяхъ къ женѣ и лицамъ, тѣмъ или другимъ образомъ имѣвшихъ отношеніе къ его жизни и судьбѣ. Находясь въ лечебницѣ, какъ испытуемый, вслѣдствіе извѣстнаго инцидента его жизни, онъ тщательно скрываетъ обстоятельства, заставившія его играть роль испытуемаго и откровененъ лишь съ врачебнымъ персоналомъ. Событіе, случившееся въ жизни испытуемаго 2-го мая 89 г., видимо глубоко тронуло его не столько какъ преступленіе, какъ сколько фактъ покушенія на жизнь человѣка. Одно только въ этомъ случаѣ его утѣшаетъ, что не было жертвы его проступка.

Движенія испытуемаго медленны и вялы, временно порывисты и суетливы. Рѣчь мягкая, съ вкрадчивымъ оттѣнкомъ. Письмо безъ особенностей, почеркъ письма напоминаетъ женскій. Къ окружающимъ предупредителенъ и вѣжливъ. Къ больнымъ добръ и сердеченъ, въ высокой степени предупредителенъ и вѣжливъ, но общества ихъ избѣгаетъ и больше сидитъ въ своей комнатѣ, гдѣ занимается чтеніемъ книгъ и журналовъ. Имѣетъ наклонность къ мистицизму, любитъ читать газеты, посвященныя спиритизму (Ребусъ, Sphynx).

Переходя къ даннымъ клиническаго наблюденія, скажемъ, что испытуемый чаще всего жаловался на общую слабость, разбитость, вялость и неспособность къ проявленію какой бы то ни было дѣятельности общественной, на чувство ползанья мурашекъ, озноба, пробѣгающаго вдругъ по всему тѣлу, вызывающаго нерѣдко вздрагиваніе. Иногда на ограниченномъ мѣстѣ тѣла появлялось чувство жара, и неравномѣрность термическихъ измѣреній (такъ, однажды температура правой ладони была  $24^{\circ},0$  лѣвой  $27^{\circ},0$ ). У

испытываемаго бывали судорожныя подергиванія, то въ отдѣльныхъ мышцахъ, преимущественно лица, то онѣ охватывали цѣлыя группы мышцъ.

Бывали судорожныя истерическіе припадки съ клоническими судорогами конечностей. Пульсъ доходилъ до 120. Сознаніе не терялось. Припадокъ заканчивался судорожнымъ смѣхомъ, или плачемъ. Часто бывали подкатыванія шара къ горлу изъ подложечной области (*globus hystericus*), а появившіеся часто спазмы гортани иногда не давали возможности испытываемому цѣлый день принимать даже жидкую пищу. Бывали истерическія иканія, кашель, рвота, явленія *arthralgiae*. Почти постоянно мучали испытываемаго боли головы, боли въ области шейныхъ и грудныхъ позвонковъ, безсонницы, кошмары, вздрагиванія всѣмъ тѣломъ, при каждомъ неожиданномъ шумѣ и т. п. Настроеніе духа было измѣнчиво. Иногда появлялись безотчетныя ощущенія радости и злобы. Приступы тоски подчасъ бывали невыносимы. По ночамъ испытываемый иногда бредилъ, иногда галлюцинировалъ, видѣлъ спускающихся съ потолокъ черныхъ пауковъ. Иллюзіи вкуса иногда не давали ѣсть. Одинъ день больной не могъ пить чаю, который казался ему настоемъ резеды. Общая слабость, чаще—ногъ, заставляла его по долгу лежать въ постели. Въ иные дни онъ не могъ и  $\frac{1}{2}$  версты пройти пѣшкомъ. Вытянутые пальцы рукъ часто сильно дрожали. Бывали замѣтны непроизвольныя ротаторныя движенія головы.

---

На судѣ, благодаря свидѣтельскимъ показаніямъ, отношенія къ потерпѣвшему, ясно обрисовалась личность подсудимаго, его были подробно представлены обстоятельства, механизмъ покушенія, было выяснено то состояніе, въ которомъ находился подсудимый въ моментъ совершенія преступленія и что было съ нимъ въ послѣдующіе дни. Изъ словъ няньки подсудимаго, бывшей крѣпостной, знакомыхъ Ш. и его квартирантовъ,—было видно, что человѣкъ онъ тихій и скромный, никому никогда не дѣлавшій зла. Онъ всегда былъ болѣзненъ и слабъ съ самаго дѣтства; семейныя непріятности, въ особенности увозъ изъ Харькова лю-

бимца-сына, окончательно подорвали его физическія и нравственныя силы. Подсудимый больше одиноко сидѣлъ въ тиши кабинета, занимаясь для себя умственнымъ трудомъ. Если ему приходилось иногда гдѣ-нибудь выпивать на именинахъ, то онъ всегда былъ тихъ и еще болѣе застѣнчивъ и скромнень. Онъ постоянно лечился, что было подтверждено показаніемъ врача, находившаго у него глубокое нервное расстройство. Подсудимый былъ представленъ нѣжно-любящимъ отцомъ, несчастнымъ мужемъ. Съ потерпѣвшимъ У., онъ всегда находился въ хорошихъ отношеніяхъ, много сдѣлалъ для него добра. Это высказалъ на судѣ самъ потерпѣвшій. Къ маю мѣсяцу прошлаго года здоровье Ш. еще болѣе пошатнулось, частыя кошмары и галлюцинаціи не давали ему покоя по ночамъ. Придя въ клубный садъ Ш., случайно встрѣтился съ У., который его познакомилъ съ двумя начальниками станцій по К.-Х.-А. ж. д. Компанія послѣ спектакля сѣла ужинать, а потомъ отправилась веселою гурьбой въ садъ Тиволи. Здѣсь, въ отдѣльномъ кабинетѣ, при пѣніи женскаго хора, пиршество продолжалось до 3 часовъ утра. Изъ показаній свидѣтелей, участвовавшихъ въ этой попойкѣ, Ш. съ перваго знакомства произвелъ на нихъ какое-то странное впечатлѣніе своимъ болѣзненнымъ выраженіемъ лица и неестественнымъ блескомъ глазъ. Всѣмъ было весело, всѣ шутили, особенно много говорилъ Ш. „тоненькимъ, вкрадчивымъ голосомъ“. Изъ за расплаты хору и по буфету между подсудимымъ и У. произошла ссора, которая кончилась тѣмъ, что Ш. былъ избитъ своимъ зятемъ. Еще долго послѣ побоевъ оставались кровавыя полосы на правой ногѣ, идущія внизъ отъ рубца, что подтвердилъ на судѣ проф. Шилтовъ. Избитый, брошенный на землю, Ш. оставленъ былъ одинъ въ саду и былъ поднять пѣвчими хора. Изъ показаній хориста И. было видно, что расплата по хору и буфету была сдѣлана подсудимымъ, который былъ избитъ пашкой и поваленъ на землю. Хористы его усадили на извозчика и велѣли везти домой. Что было дальше съ подсудимымъ—неизвѣстно. Извѣстно только, что въ пятомъ часу утра онъ очутился на Пашенковской горѣ, гдѣ нанялъ извозчика, и велѣлъ везти

себя домой на Михайловскую площадь. Изъ словъ послѣдняго видно, что „баринъ“ былъ выпивши и всю дорогу не говорилъ ни слова. Пріѣхавъ домой, подсудимый приказалъ извозчику подождать, а самъ вошелъ въ кабинетъ, отперъ ящикъ письменнаго стола, взялъ револьверъ и снова вышелъ на улицу. По показанію лакея, Ш. произвелъ на него странное впечатлѣніе. Онъ шелъ быстрыми, увѣренными шагами, какъ никогда, этого съ нимъ не было, хмурый, не сказавъ ни слова, что-то взялъ въ кабинетъ и также скоро и безмолвно вышелъ. Сѣвъ на извозника, Ш. поѣхалъ въ Астраханскую гостиницу, швейцаръ которой, на вопросъ „гдѣ У.“, отвѣтилъ „поѣзжайте на вокзалъ“. Когда онъ пріѣхалъ на вокзалъ, то, не расплачиваясь съ извозникомъ, вошелъ въ залъ I класса. Извозникъ просилъ отпустить его, но его просьба осталась безъ отвѣта. Ш. быстрыми шагами ходилъ по вокзалу, то выходилъ на платформу, то возвращался на площадку. Увидѣвъ „барина“ на подѣздѣ, извозникъ каждый разъ просилъ отпустить его. Тогда Ш. подзываетъ извозника, приглашаетъ его къ буфету, угощаетъ его водкой, самъ выпиваетъ рюмку, расплачивается и даетъ извознику 60 коп. со словами: „На, возьми, покорми лошадь овсомъ“. На вопросъ предсѣдателя, почему извозникъ такъ часто приставалъ отпустить, послѣдній отвѣтилъ, что замѣтилъ, съ баринкомъ что-то не ладно, что „на него нашло помраченіе“ и потому боялся, что тотъ ему не заплатитъ. Отпустивъ извозника, Ш. снова вошелъ въ залъ вокзала, гдѣ встрѣтился съ кондукторомъ Любарскимъ и обратился къ нему съ вопросомъ „гдѣ У?“ Любарскій отвѣтилъ, что У. живетъ въ Бѣлгородѣ и что сегодня онъ долженъ пріѣхать. На Любарскаго Ш. произвелъ странное впечатлѣніе ненормальнаго человѣка. Онъ по нѣсколько разъ повторялъ вопросъ „гдѣ У?“ какъ бы совсѣмъ не понимая отвѣта.

Въ это время подѣхалъ поѣздъ изъ Ростова (Бѣлгородъ лежитъ на противоположной линіи). Ш. жадно всматривался въ окна вагоновъ, въ лицо пріѣхавшихъ пассажировъ, очевидно ища кого-то,—причемъ шепталъ однѣ и тѣ же слова: „нѣтъ, не можетъ быть, его нѣтъ, а онъ долженъ быть!“

Затѣмъ Ш. пошелъ въ контору начальника станціи и быстро влетѣлъ въ нее, увидѣвъ помощника начальника станціи, Ш. попятился назадъ, затѣмъ снова быстро приблизился. „Гдѣ У.? спросилъ онъ. Я не видѣлъ его 10 лѣтъ и хочу сегодня видѣть. Школинскій при видѣ Ш. просто испугался. На судѣ онъ заявилъ, что Ш. произвелъ на него своимъ видомъ впечатлѣніе сумашедшаго человѣка. Особенно страннымъ показались слова Ш. „я не видѣлъ У. 10 лѣтъ“, когда накануне случайно онъ видѣлъ ихъ вмѣстѣ въ клубѣ. Школинскій, испугавшись и ничего не отвѣчая, убѣжалъ изъ конторы, за нимъ послѣдовалъ быстрымъ шагомъ Ш. Школинскому удалось уйти, а Ш., оставшись одинъ, направился къ выходу и здѣсь у самой двери встрѣчается лицомъ къ лицу съ У. Послѣдній послѣ нѣсколькихъ секундъ взаимнаго оцѣпененія обратился къ Ш. съ упрекомъ по поводу вчерашняго скандала въ саду. Ш. вынулъ изъ кармана револьверъ и въ упоръ выстрѣлилъ въ У. причемъ У. получилъ легкую ссадину, такъ какъ пуля проскользнула въ сторону. Затѣмъ Ш. покойно положилъ револьверъ въ карманъ и медленнымъ тихимъ шагомъ началъ спускаться со ступенекъ подѣзда. Въ это время къ нему подскочилъ полицейскій чиновникъ Б. и, не встрѣчая никакого сопротивленія, вынулъ изъ кармана револьверъ, а Ш. склонившись къ нему на руки, какъ подрѣзанный колось, не въ силахъ былъ идти, — у него подкашивались ноги и его на рукахъ понесли въ жандармскую комнату. Что съ нимъ было тамъ — неизвестно. Самъ подсудимый не помнитъ. Онъ помнилъ лишь два момента, когда его началъ У. бить и затѣмъ, когда его подъ арестомъ полиціи везли домой. На всемъ остальномъ лежитъ печать полного безпамятства. Изъ показаній проф. Шилтова и лакея Иванова, видно, что нервное разстройство Ш. въ это время проявилось во всей своей силѣ. Въ первый день ареста у Ш. было нѣсколько истерическихъ припадковъ съ явленіемъ opisthotonus, съ судорогами во всемъ тѣлѣ, причемъ Ш. кричалъ. По ночамъ больной имѣлъ сильнѣйшія галлюцинаціи зрѣнія, ввидѣ отвратительныхъ рожъ, змѣй, пауковъ и др. отвратительныхъ животныхъ. Чувствуя сильныя боли въ ногѣ, онъ лишь на третій день про-

силъ лакея посмотрѣть, что у него тамъ такое. Объяснить себѣ причину кровоподтековъ онъ не могъ, такъ какъ у него ничего не осталось въ памяти отъ момента побоевъ; Ш. ему сказали, что онъ убилъ У. и онъ повѣрилъ. Терзаясь физически и нравственно, въ одинъ изъ ужасныхъ моментовъ своего нравственного кошмара Ш. пытался отравиться нашатырнымъ спиртомъ, но своевременная медицинская помощь проф. Шилтова предупредила печальный исходъ.

Приведенный нами случай показываетъ, что при алкогольномъ автоматизмѣ разумность и цѣлесообразность поступковъ представляются перемѣшанными съ массой нелѣпыхъ и неразумныхъ поступковъ; съ другой стороны этотъ же случай учитъ насъ и тому, что для развитія автоматизма вовсе ненужно быть пьяницей, а достаточно опьяненія, падающаго на нервно подорванную почву даннаго лица. Автоматизмъ, возможенъ при каждомъ нейрозѣ, нужно только, чтобы послѣдній глубоко разстроилъ нервную систему, ослабивъ дѣятельность задерживающихъ центровъ. Такъ было и въ нашемъ случаѣ, на почвѣ Базедовой болѣзни.

---

## Библіографія.

**И. П. Мержеевскій**, О воспрещеніи публичныхъ гипнотическихъ представлений, Вѣстн. клин. и судебной психіатріи, VIII, 1.

Публичныя гипнотическія представленія давно уже возбуждали къ себѣ непріязненное отношеніе со стороны специалистовъ врачей, вообще врачей и благоразумно относящейся къ дѣлу публики. Во многихъ государствахъ уже рѣшительно запрещено производить такія представленія и очередь за таковымъ запрещеніемъ стояла у насъ. Еще въ 1881 году, по поводу публичныхъ представленій Ганзена, проф. Мержеевскій внесъ свое мнѣніе въ медицинскій совѣтъ далеко не въ пользу этихъ представленій; но тѣмъ не менѣе представленія эти продолжали существовать. Два года назадъ на Пироговскомъ съѣздѣ въ неврологической секціи очень остро дебатировался этотъ вопросъ и большинство членовъ высказалось въ противномъ публичнымъ представленіямъ смыслѣ. Нынѣ, вслѣдствіе запроса Новгородскаго губернатора, медицинскій совѣтъ вновь разсматривалъ вопросъ о вредѣ публичныхъ гипнотическихъ представлений и на основаніи вновь даннаго отрицательнаго проф. Мержеевскимъ мнѣнія, запретилъ публичныя гипнотическія представленія. Проф. Мержеевскій основывалъ свое мнѣніе на томъ, что публичныя гипнотическія представленія производятъ потрясающее вліяніе какъ на субъектовъ, надъ которыми производятся опыты, такъ и на зрителей. Нельзя не порадоваться, что это мнѣніе возымѣло свое воздѣйствіе и тяжелыя зрѣлища прекращены.

*П. И. Ковалевскій.*

**Проф. В. Ф. Чижъ**, Лекціи по судебной психопатологіи, 1890.

Общее знакомство съ нормальными и патологическими проявленіями душевной жизни человѣка для юриста почти столь же необходимо, какъ и для врача. По этому преподаваніе душевныхъ болѣзней на юридическомъ факультетѣ весьма желательно и составляетъ существенную часть курса юридическихъ наукъ. Важно только то, какимъ образомъ вести это преподаваніе, такъ какъ юристы являются въ этомъ случаѣ людьми, недостаточно подготовленными къ слушанію курса душевныхъ болѣзней въ томъ объемѣ и видѣ, какъ онъ читается на медицинскихъ факультетахъ. Проф. Чижъ вышелъ изъ этого затруднительнаго положенія тѣмъ способомъ, что ограничился преподаваніемъ общаго курса о душевныхъ заболѣваніяхъ съ разъясненіемъ частныхъ демонстраціей душевныхъ больныхъ. Обращаясь къ лежащему предъ нами курсу, мы не можемъ не оцѣнить въ немъ большой самостоятельности и оригинальности. Авторъ создалъ цѣликомъ лично планъ общей психопатологіи и провелъ его очень строго до конца, при чемъ



вполнѣ удачно избѣжалъ крайности между сухимъ изложеніемъ фактовъ и, наоборотъ, ненужныхъ разъясненій. Изложеніе предмета вполнѣ ясное и опредѣленное, хотя въ сжатой формѣ. Нельзя обойти молчаніемъ того, что самъ авторъ сдѣлалъ многое для разъясненія тѣхъ или другихъ вопросовъ и вполнѣ знакомъ со всѣми подробностями предмета. Нельзя не пожалѣть, что авторъ мало остановился на психометрическихъ данныхъ, гдѣ онъ и лично много поработалъ; кромѣ того не лишне будетъ въ будущемъ изданіи внести отдѣлъ о различныхъ аномаліяхъ въ области письма душевно-больныхъ, что для юристовъ весьма важно. Искренно привѣтствуемъ лекціи проф. Чижа и желаемъ имъ широкаго распространенія.

*П. И. Ковалевскій.*

**Проф. В. М. Бехтеревъ**, Приборы для изслѣдованія кожныхъ сухожильныхъ рефлексовъ, Вѣстникъ клинич. и судебной психіатріи, VIII, 1.

Авторъ, разобравъ нѣкоторые извѣстные до сихъ поръ приборы, служащіе для изслѣдованія силы и продолжительности рефлексовъ, описываетъ свой приборъ, состоящій изъ рефлексометра и рефлексграфа. Судя по описанію приборовъ, они довольно просты и легко примѣнимы для изслѣдованія.

*Н. И. Мухинъ.*

**Д-ръ С. А. Бѣляковъ**, Cysticerci piae matris cerebri, Вѣстникъ клинич. и судеб. психіатріи, VIII, 1.

Авторъ описываетъ случай цистицерковъ мягкой оболочки головного мозга, при чемъ, въ числѣ другихъ симптомовъ, у больного проявлялись приступы неудержимаго бѣга то впередъ, то кругомъ. Эти явленія авторъ рассматриваетъ какъ явленія аналогичныя epilepsia procursiva.

*Н. И. Мухинъ.*

**Проф. Н. М. Поповъ**, Прогрессивная атрофія половины лица, Медицинское обозрѣніе, 1890, № 22.

Въ настоящее время по поводу этой довольно рѣдкой и загадочной болѣзни въ литературѣ существуетъ два господствующихъ мнѣнія: одни приписываютъ происхожденіе болѣзни поражению трофическихъ вѣтвей тройничнаго нерва,—другіе смотрятъ на эту болѣзнь, какъ на поражение п. sympathici. Авторъ, описавъ случай прогрессивной мышечной атрофіи, ставитъ положеніе, что, при настоящемъ положеніи науки, едва ли правильно слишкомъ узко придерживаться одного какого нибудь лагерь. Гораздо правильнѣе и несомнѣннѣе то, что многіе случаи могутъ быть отнесены къ одной категоріи, а многіе къ другой. Тщательно разбирая всѣ случаи литературы, авторъ дѣлитъ ихъ на три отдѣла: къ одному отдѣлу относятся случаи прогрессивной мускульной атрофіи, обязанные своимъ происхожденіемъ периферическому поражению тройничнаго нерва, ко второму отдѣлу—случаи, обязанные поражению внутричерепной части тройничнаго нерва и, наконецъ, къ третьему—случаи, обязанные своимъ происхожденіемъ поражению симпатическаго нерва.

*П. И. Ковалевскій.*

**Д-ръ В. П. Кузнецовъ**, Случай астазіи и абазіи при истеріи, Вѣстн. клин. и суд. псих. 1890, VIII, I.

Авторъ, коротко изложивъ исторію развитія даннаго вопроса, приводитъ, бывший подъ его наблюденіемъ, случай астазіи и абазіи у дѣвицы 26 л., перенесшей съ дѣтства очень много нервныхъ

и душевныхъ потрясеній. Патологическая наслѣдственность совершенно отрицается. На 18 г. ея жизни, кромѣ головныхъ болей, у нея явились боли въ спинѣ, а рядомъ съ этимъ начали постепенно развиваться явленія астазіи и абазіи. Впослѣдствіи къ этому присоединились разстройства рѣчи и цѣлый рядъ истерическихъ симптомовъ. Послѣ многолѣтняго пребыванія въ больницѣ состояніе ея здоровья, хотя и весьма медленно, начало поправляться.

*В. А. Тихолировъ.*

**Д-ръ П. Милянничъ,** Случай миксэлемы, Медицинское обозрѣніе, 1890, № 18.

Авторъ наблюдалъ этотъ случай въ Черногоріи у женщины 47 л., безъ патологической наслѣдственности. Настоящая болѣзнь ея развивалась лѣтъ 10 назадъ послѣ сильнаго нервнаго потрясенія. къ печальному настроенію больной присоединилось чувство усталости, чувство постоянного холода, припухлость кожи и неповоротливость нижнихъ конечностей. Отечное состояніе лица и рукъ присоединилось въ послѣдствіи. Спустя 5 - 6 лѣтъ болѣзнь вошла въ полное развитіе. Опухоль занимаетъ все тѣло. Языкъ припухшій, рѣчь медленная, вялая, — голосъ глухой. Больная даже въ сильную жару ощущаетъ холодъ. Температура 35—36, 50. Щитовидная желѣза не прощупывается. Больная ощущаетъ ползанье мурашекъ по тѣлу и онѣмѣніе конечностей; общая апатія и значительное измѣненіе психической чувствительности.

*А. И. Поляковъ.*

**Геникъ и Воротынский,** Психометрическія изслѣдованія надъ лицами, приведенными въ состояніе гипноза, Врачъ, 1890, 16.

Авторы производили психометрическія изслѣдованія надъ тремя истеричными больными, подлѣ наблюденіемъ проф. Бехтерева и пришли къ слѣдующимъ выводамъ:

Среднія числа, полученныя нами у вышеупомянутыхъ лицъ при изслѣдованіи времени простой реакціи, различенія и выбора въ бодрственномъ состояніи и при хорошемъ самочувствіи больныхъ мало чѣмъ отличаются отъ чиселъ, полученныхъ другими авторами, для тѣхъ же психическихъ процессовъ у здоровыхъ людей; среднія же числа, выражающія время счета однозначныхъ чиселъ и время сочетанія представленій при тѣхъ же условіяхъ, оказались въ нашихъ случаяхъ замѣтно большими, нежели у здоровыхъ. Въ состояніи гипноза время простой реакціи, различенія и выбора у всѣхъ 3 больныхъ были болѣе или менѣе значительно замедлены въ сравненіи съ бодрственнымъ состояніемъ; время же счета однозначныхъ чиселъ и время сочетанія представленій въ большинствѣ случаевъ были меньше въ гипнозѣ, нежели въ бодрственномъ состояніи. Время всѣхъ вышеуказанныхъ психическихъ процессовъ въ состояніи гипноза съ внушеніемъ производить ихъ быстрѣе всѣхъ 3 изслѣдованныхъ было безусловно короче времени тѣхъ же процессовъ въ состояніи гипноза, но безъ упомянутого внушенія. Время счета однозначныхъ чиселъ и время сочетанія представленій въ состояніи гипноза и при внушеніи производить ихъ быстрѣе во всѣхъ случаяхъ было даже короче времени этихъ процессовъ въ состояніи бодрствованія, между тѣмъ какъ время простой реакціи и время различенія выбора, хотя и укорачивались подлѣ вліяніемъ гипнотическаго внушенія

болѣе или менѣе значительно, но не всегда оказывались короче времени тѣхъ же процессовъ въ догипнотическомъ, бодрственномъ состояніи. Ухудшеніе нервнаго состоянія изслѣдованныхъ лицъ всегда, безъ исключенія, рѣзко замедляло теченіе психическихъ процессовъ (см. въ прилагаемой таблицѣ дни, отмѣченные звѣздочкой).

*Д. И. Поляковъ.*

**Prof. Tamburini**, О природѣ соматическихъ явленій при гипнотизмѣ (*Sulla natura dei fenomeni somatici nell'ipnotismo*, *Rivista sperimentale di freniatria*, 1890, 1 и 2).

Соматическіе феномены гипнотизма, т. е. повышение нейромускульной возбудимости въ летаргическомъ періодѣ, *flexibilitas cerea* въ каталептическомъ и повышение кожной возбудимости въ сомнамбулическомъ періодѣ большого гипнотизма Шарко представляютъ только различныя выраженія того же самого основнаго состоянія, т. е. повышенной рефлекторной возбудимости, вслѣдствіе чего нѣкоимъ образомъ не оправдывается выдѣленіе трехъ различныхъ опредѣленныхъ періодовъ. Но эти симптомы характерны не для одного только гипнотизма, такъ какъ ихъ можно встрѣтить и въ бодрствующемъ состояніи. Эти патологическія явленія свойственны собственно истеріи и явно или скрытно существуютъ до гипнотизированія, въ состояніи же гипноза только легче констатируются. Извѣстно, что во многихъ случаяхъ эти явленія можно вызвать въ состояніи гипноза посредствомъ внушенія. Проявляются они только въ небольшомъ числѣ случаевъ большой истеріи (*grande hysteric*); вообще же они принадлежатъ къ тѣмъ явленіямъ, которыя наступаютъ въ состояніи гипноза и зависятъ отъ ранѣ существующихъ заболѣваній. Гипнозъ самъ по себѣ есть только состояніе сна, въ которомъ нѣтъ ничего патологическаго (?), но онъ вызываетъ нѣкоторое усиленіе рефлекторной возбудимости и особенное предрасположеніе къ внушенію.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dott. Raffaello Gucci**, Хирургическія операціи, какъ причина душевнаго разстройства, *Le operazioni chirurgiche, come causa di pazzia*. *Riv. sper. di fren. ec.*, Anno 1890, fascic. 10.

Въ прошломъ году авторъ сообщилъ 4 случая психозовъ вслѣдствіе операцій. Теперь онъ подтверждаетъ свое положеніе о возможности развитія душевнаго заболѣванія, вслѣдствіе операцій новыми случаями. На основаніи его наблюденій хирургическія операціи въ настоящее время далеко не очень рѣдко служатъ причинами психозовъ. Послѣ перваго его сообщенія было опубликовано нѣсколько подобныхъ случаевъ *Séphard*'омъ, *Werth*'омъ и *Ball*'емъ. Раньше эти случаи, если и встрѣчались, то гораздо рѣже и потому проходили незамѣченными. Теперь, съ одной стороны «нервность» нашего вѣка (*Mantegazza*), а съ другой большая смѣлость хирурговъ, явившаяся слѣдствіемъ успѣшнаго леченія ранъ при помощи антисептики, даютъ возможность довольно частому проявленію данныхъ заболѣваній. Душевные заболѣванія, развивающіяся вслѣдствіе операцій, авторъ называетъ общимъ именемъ *травматическихъ психозовъ* (*folia traumatica*) и въ настоящей статьѣ описываетъ три случая. Въ первомъ случаѣ, послѣ экстирпаціи пораженной ракомъ правой mammae, на второй недѣлѣ развилась меланхолія со стремленіемъ къ самоубійству, прошедшая послѣ трехъ

мѣсячнаго лѣченія въ психіатрической лечебницѣ. Второй случай касается мужчины, у котораго послѣ вполне благоприятной кастраціи въ періодѣ рубцеванія раны развилась тяжелая меланхолія съ бредомъ преслѣдованія, отказомъ отъ пищи и стремленіемъ къ самсубійству, окончившаяся смертію на пятомъ мѣсяцѣ, при явленіяхъ легочной конгестіи и высокой лихорадкѣ. Третья больная—73-лѣтняя старуха—заболѣла острой деменціей послѣ герніотоміи и умерла въ томъ-же мѣсяцѣ отъ воспаленія легкихъ. Изъ всѣхъ хирургическихъ операцій наиболее легко вызываютъ психическія заболѣванія тѣ, при которыхъ экстирпируется какой либо органъ, и при томъ психозъ является тѣмъ легче, чѣмъ больше участія экстирпированный органъ принимаетъ въ психическихъ функціяхъ. Это вполне подтверждается двумя первыми наблюденіями, въ которыхъ былъ экстирпированъ органъ сексуальной сферы.

Н. И. Мухинъ.

**Dott. Giuseppe Seppilli**, Къ ученію объ одностороннихъ галлюцинаціяхъ (*Contributo allo etudo delle allucinazioni unilaterali*, Riv. sper., di fren., vol. XVI, f. I—II).

Опытъ учить, что галлюцинаціи рѣдко бываютъ односторонними; случаевъ такого рода опубликовано немного. Первый обратилъ вниманіе на возможность одностороннихъ галлюцинацій Michea; первая спеціальная работа объ этомъ предметѣ принадлежитъ Régis. Недавно Raggi занимался тѣмъ же предметомъ, собралъ 13 случаевъ въ литературѣ и опубликовалъ два своихъ. Авторъ наблюдалъ также 2 случая одностороннихъ галлюцинацій и надъ одной больной продолжалъ рядъ опытовъ, важныхъ въ смыслѣ психологическаго значенія галлюцинацій. Одна изъ его больныхъ, меланхоличка, имѣла лѣвостороннія галлюцинаціи зрѣнія и слуха: она видѣла лѣвымъ глазомъ съ лѣвой стороны отъ себя дьявола и постоянно слышала лѣвымъ ухомъ его голосъ. Офтальмоскопическое изслѣдованіе показало обоюдостороннюю гиперемію chorioideae, а постоянный шумъ и звонъ въ ушахъ, по мнѣнію автора, служили указаніемъ на обоюдостороннее пораженіе периферическаго аппарата слуха. Вторая больная, которая также жаловалась на постоянный шумъ въ обоихъ ушахъ, имѣла лѣвостороннія галлюцинаціи слуха. Относительно причинъ возникновенія одностороннихъ галлюцинацій существуетъ разногласіе между авторами. Одни, особенно Régis, Ball, Mabile, утверждаютъ, что такіа галлюцинаціи всегда зависятъ отъ пораженія соотвѣтствующаго периферическаго органа. Но въ числѣ опубликованныхъ случаевъ несомнѣнно существуютъ такіе, которые указываютъ на зависимость такихъ галлюцинацій отъ церебральнаго поврежденія (случаи Pick'a, Hammond'a). Поэтому надо принять, что и послѣднее можетъ прямо обусловить одностороннія галлюцинаціи и мѣстомъ возникновенія ихъ надо считать сенсоріальную область корки. Такой взглядъ вполне согласуется съ ученіемъ проф. Tamburini о возникновеніи галлюцинацій, по которому импульсъ къ ихъ возникновенію можетъ явиться какъ въ периферическомъ чувственномъ аппаратѣ, такъ и въ корковомъ центрѣ, и даже въ проводящемъ пути. Такъ какъ и при периферическомъ возникновеніи унілатеральной галлюцинаціи въ окончательной ея переработкѣ принимаетъ участіе дѣятельность сенсоріальныхъ цен-

тровъ корки, то можно выставить положеніе, что всякая галлюцинація возникаетъ въ центрѣ и для появленія ея не необходимо участіе периферическихъ органовъ чувствъ.

Имѣя въ виду опыты Binet надъ гипнотизированными истеричными, которыми было доказано, что галлюцинаторная и нормальная психическая перцепціи суть явленія идентичныя, авторъ произвелъ и надъ своею первою больной рядъ аналогичныхъ опытовъ. Если онъ ставилъ непрозрачный предметъ между глазами больной и галлюцинаторнымъ образомъ послѣдній исчезалъ. Подъ вліяніемъ призмы, приставленной къ лѣвому глазу, онъ отклонялся, какъ дѣйствительный образъ. Онъ удалялся и приближался, уменьшался и увеличивался по мѣрѣ приставленія объектива или окуляра бинокля. Глядя въ зеркало, больная видѣла изображеніе галлюцинаторнаго образа на идентичномъ мѣстѣ, совершенно такъ, какъ будто бы оно происходило отъ реальнаго предмета. На основаніи этихъ опытовъ авторъ вполне соглашается съ высказаннымъ положеніемъ Binet относительно идентичности галлюцинацій и нормальныхъ перцепцій. Кромѣ того, онъ полагаетъ, что существованіе одностороннихъ галлюцинацій при высказанномъ имъ взглядѣ на ихъ центральное происхожденіе служитъ важнымъ доказательствомъ функциональной независимости обѣихъ гемисферъ. Въ концѣ статьи авторъ касается тѣхъ случаевъ, въ которыхъ галлюцинація является обоюдосторонней, но различной на обѣихъ сторонахъ: когда субъектъ, напримѣръ, слышитъ правымъ ухомъ одинъ голосъ, а лѣвымъ—другой, отличный по тѣмбру и по высотѣ отъ перваго; или когда онъ однимъ глазомъ видитъ мужчину, другимъ—женщину. Такіе случаи описали Séglas, Magnan, Raggi, Hammond. Авторъ смотритъ на такіа галлюцинаціи, какъ на двойныя унілатеральныя и видитъ въ нихъ также доказательство независимости обѣихъ церебральныхъ гемисферъ.

Н. И. Мухинъ.

**D-r Tambroni ed Stefani**, Уралій и его терапевтическое дѣйствіе при душевныхъ болѣзняхъ (*Dell' uralio e dell suo valore terapeutico nelle malattie mentali*, La Psichiatria, 1889). Уралій есть бѣлое кристаллическое вещество, являющееся дериватомъ хлоральгидрата и уретана. Онъ легко растворяется въ спиртѣ и труднѣе въ водѣ. Принятый въ количествѣ 2—3 grm внутрь, онъ вызываетъ легкій многочасовой сонъ, наступающій приблизительно черезъ часъ послѣ приѣма средства. Послѣ его принятія пульсъ становится нѣсколько слабѣе, кровяное давленіе также нѣсколько падаетъ, дѣятельность желудка не измѣняется. Авторъ примѣнялъ это средство во многихъ случаяхъ душевныхъ заболѣваній и никогда не наблюдалъ никакихъ дурныхъ послѣдствій; поэтому онъ считаетъ уралій однимъ изъ лучшихъ снотворныхъ средствъ.

Н. И. М.

**D-r Stefani**, О пульсѣ въ одномъ случаѣ *dementia paralyticae*, обусловленномъ измѣненіемъ въ аортѣ (*Sul pulso di un demente paralitico affetto da vizio composto dell' aorta*, Archivio italiano per le malat. nerv., 1890, 3).

Авторъ наблюдалъ своеобразный дикротическій пульсъ въ одномъ случаѣ паралическаго слабоумія, обусловленнаго недостаточностью и релятивнымъ стенозомъ аорты.

Н. И. М.

**D-r Lorenz**, Ueber den status epilepticus, 1890.

Типическіе случаи status epilepticus состоятъ въ слѣдующемъ: у обычнаго эпилептика является обычный приступъ эпилепсiи, за нимъ другой, третій, четвертый и т. д. Всѣ эти приступы ничѣмъ не отличаются отъ обычныхъ приступовъ эпилепсiи; но, по мѣрѣ учащенія приступовъ, они становятся короче и менѣе полными: тетанический періодъ вовсе выпадаетъ, судороги захватываютъ не весь организмъ, а только отдѣльныя группы и т. д. Въ началѣ въ интервалахъ между приступами сознание еще существуетъ, — но, по мѣрѣ учащенія приступовъ, сепорозное состояніе не успѣваетъ проходить и больной не приходитъ въ сознание. Температура повышается до 40—41<sup>0</sup>, пульсъ учащенный, но правильный, дыханіе тоже учащенное; лицо цианотично, языкъ обложенъ налетомъ, тѣло покрыто клейкимъ потомъ; глотаніе затруднено, а иногда и вовсе невозможно; отправленіе кишечника и мочевого пузыря или задержано, или совершается непроизвольно; nystagmus держится даже въ интервалахъ; подергиванія отдѣльныхъ мускуловъ въ интервалахъ указываютъ на накопленіе энергіи въ моторныхъ центрахъ. Это стадіи, по Bourneville'ю, конвульсивный, длящийся отъ 1 до 5 дней; если больной не умираетъ въ этомъ стадіи, то исходъ даннаго состоянія двойственный: или больной постепенно поправляется, — или наступаетъ второй — менингитическій (Bourneville) или коматозный (Binswanger) стадіи. Въ этомъ стадіи приступы становятся рѣже и рѣже, но кома дѣлается глубже и глубже, иногда она прерывается сильными галлюцинаторными приступами буйства. Больной лежитъ съ расслабленными членами, отъ времени до времени наступаютъ клоническія, или тоническія подергиванія отдѣльныхъ мускуловъ, или мускульныхъ группъ; рефлекторныя движенія понижены, или вовсе прекращены, дыханіе поверхностное и стерторозное, т, понижающаяся по мѣрѣ замедленія приступовъ, теперь вновь повышается за 40<sup>0</sup>. Не рѣдко развиваются транзиторныя гемиплегіи. Бываютъ случаи, что и при этомъ больной можетъ постепенно поправляться; но почти также часто наступаетъ летальный исходъ съ усиленіемъ симптомовъ и быстро развивающимися пролежнями. Этотъ періодъ длится отъ нѣсколькихъ часовъ до 3 дней. Иногда при развитіи status epilepticus въ первомъ періодѣ появляются roseola и erythema (Lorenz. Obersteiner). Приступая къ анализу отдѣльныхъ случаевъ, авторъ обращаетъ вниманіе на то, что почти всегда status epilepticus наступаетъ безъ продромовъ, и послѣдніе являются только въ видѣ исключенія. Продромы проявляются учащеніемъ приступовъ, увеличеніемъ при нихъ температуры, служа какъ бы скоропроходящими приступами status epilepticus (Leroü, Bourneville). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приступъ развивается постепенно (Witkowski). Въ противоположность началу болѣзни, исходъ ея бываетъ всегда замедленный, лизическій. Бываютъ случаи, когда болѣзнь даетъ легкіе рецидивы. Status epilepticus чаще является въ свѣжихъ случаяхъ эпилепсiи, чѣмъ въ застарѣлыхъ. Женщины больше подвержены этому заболѣванію, чѣмъ мужчины, — за то женщины даютъ лучшій исходъ болѣзни. Патологоанатомическихъ данныхъ, определенныхъ для даннаго заболѣванія, не обнаружено. Для леченія рекомендуютъ: кровоотвлеченіе, слабительныя, успокаивающія, въ

періодъ депрессіи возбуждающія. Amylnitrit рекомендується съ большою пользою Crichton Brown'омъ. *Д. И. Поляковъ.*

**Eulenburg**, Объ астазіи—абазіи при Базедовой болѣзни (Ueber Asthasie-abasie bei Basedowscher Krankheit, Neurol. Centralblatt. 1890, № 23).

Астазія—абазія была описана Р. Blocq'омъ въ 1888 году, какъ заболѣваніе, которое характеризуется неспособностью прямо стоять и ходить при нормальной чувствительности, сохраненіи мускульной силы и координаціи нижнихъ конечностей. Другіе наблюдатели описывали этотъ симптомокомплексъ подъ различными названіями, присоединяя сюда и другіе признаки. Такъ, Nefel описывалъ подъ именемъ атреміи (atremie); Шарко различаетъ паралитическую и атактическую форму абазіи, при чемъ послѣднюю характеризуетъ судорожными явленіями, для ея въ свою очередь по формѣ судорогъ на хореическую (choreiforme) и дрожательную (forme trépidante); другіе подобную форму описывали подъ именемъ дистазіи—дисбазіи (dystasie—dysbasie). Общая картина этой болѣзни состоитъ въ томъ, что въ сидячемъ положеніи не происходитъ никакихъ нарушеній движенія и координаціи и что всѣ роды движенія кромѣ обыкновеннаго хожденія остаются ненарушенными. Относительно причины астазіи—абазіи мнѣнія расходятся: одни считаютъ ее за одно изъ многочисленныхъ проявленій истеріи; другіе за самостоятельную болѣзнь на почвѣ спинальных пораженій; наконецъ, третьи ставятъ ее въ зависимость отъ ипохондрическаго чувства страха и насильственныхъ представленій. Eulenburg даетъ описаніе слѣдующаго случая астазіи—абазіи, явившейся въ теченіи Базедовой болѣзни: «Дѣвица М. В. (дочь врача) 18 лѣтъ отъ роду; хорошаго сложенія; умственно развита преждевременно; умѣренное наследственное нервное предрасположеніе. Мѣсячныя появились на 13-мъ году. Вслѣдствіе сильныхъ умственныхъ напряженій и тяжелыхъ потрясеній появляются въ теченіи двухъ лѣтъ главные симптомы Базедовой болѣзни: умѣренный exophthalmus, постепенное припуханіе щитовидной желѣзы, сильное сердцебіеніе, вазомоторныя разстройства, аменоррея и т. п.; при этомъ усиливающаяся слабость, уменьшеніе нервной энергіи, бессонница, мрачное подавленное настроеніе духа. Аппетитъ и питаніе сильно пострадали, вѣсъ тѣла упалъ до 96 фунтовъ. При первомъ изслѣдованіи (12-го марта 1890 г.) оказалось, что больная въ высшей степени анемична; въ шейныхъ венахъ слышенъ громкій шумъ; правый желудочекъ гипертрофированъ и сильно расширенъ; 2-й тонъ а. а. pulm. акцентуированъ, пульсъ частый, неровный, 120—144 ударовъ въ минуту. Окружность шеи 36,5 см. Опухоль на шеѣ умѣренной величины, мягкая, занимаетъ преимущественно перешеекъ и правую половину щитовидной желѣзы. Умѣренный exophthalmus, опущенность глазъ, нѣсколько расширенные зрачки (врожденная миопія  $\frac{1}{3}$ ); обозначеніе симптома Graefe и Stellwag'a. Дрожь въ рукахъ, ногахъ, а при легкомъ даже возбужденіи во всемъ тѣлѣ; поты, чувство жара, пятнистая краснота; водянистая diarrhoea, иногда запоры; полная аменоррея. Чрезвычайная мускульная слабость (динамометрія обѣихъ рукъ 14 klgm.) и усталость при малѣйшихъ тѣлесныхъ напряженіяхъ. Относительный mi-

підбиття спротивленія при 10 елементах Сименса при часто повторюванихъ опытахъ составлялъ 3000—2750. Въ теченіи 4-хъ мѣсяцевъ было употребляемо комбинированное леченіе: діететическое, электрическое и механическое. Теченіе болѣзни было чрезвычайно благопріятно. Очень значительное уменьшеніе зоба (окружность шеи только 33 см.), почти полное исчезаніе exophthalmus, успокоеніе и уменьшеніе сердцебіенія съ паденіемъ пульса до 84—90 ударовъ; увеличеніе силы сердечной мышцы; вообще поднятіе общаго состоянія, настроенія духа, питанія, вѣстѣла (до 106 ф.) Для дальнѣйшаго укрѣпленія и упрочиванія полученныхъ результатовъ пациентка отправилась во время жаркихъ лѣтнихъ мѣсяцевъ къ Балтійскому морю подъ наблюденіемъ родственниковъ. И тамъ пребываніе ея было благопріятнымъ,—вѣстѣла поднялся до 110 фун. На первой недѣлѣ октября пациентка была въ состояніи оставить свое мѣстопробываніе и отправиться по приглашенію родственниковъ въ одинъ большой средне-германскій городъ, гдѣ у нея вдругъ сдѣлался «параличъ обѣихъ ногъ». Если она пыталась пойти или стоять даже съ посторонней помощью, ноги ея безпомощно сгибались; при этомъ она чувствовала боли, которыя распространялись по голени вверхъ до колѣнъ, въ особенности въ икрахъ. При лежаніи же не было ни болей, ни нарушенія движеній, такъ что пациентка во все время пребыванія ея тамъ (восьмидневное) не покидала постели. За причину «паралича» сама она считаетъ простуду, которой подверглась вслѣдствіе хожденія по холодному корридору (7 октября). Другія болѣзненные разстройства совершенно отсутствовали. Съ большимъ трудомъ пациентка могла прибыть въ Берлинъ. Она не рѣшалась сообщить родителямъ о наступившемъ новомъ заболѣваніи, что и понудило ее предпринять это путешествіе; здѣсь она была доставлена на носилкахъ въ одну частную клинику, гдѣ я скоро послѣ ея пріѣзда на 9-й день послѣ наступившаго «паралича» изслѣдовалъ ее. Въ лежачемъ положеніи она могла выполнять ногами исполнѣ нормально различныя движенія. Чувствительность при надавливаніи на п. п. tibiales была повышена, вслѣдствіе чего можно было подумать о нейритическомъ раздраженіи, однако не было никакихъ другихъ признаковъ этого состоянія. Кожная чувствительность, мускульное и суставное чувство, активныя и пассивныя движенія, рефлексы, питаніе и циркуляція нижнихъ конечностей не представляли ни малѣйшей аномаліи. Электрическое изслѣдованіе не дало рѣшительно никакихъ измѣненій мускуловъ и нервовъ. При изслѣдованіи хожденія оказалась чистѣйшая картина астазіи—абазіи: быстрая гибкость и невозможность держаться при совершенно ослабленномъ состояніи мускулатуры, при отсутствіи произвольныхъ судорожныхъ движеній. Пациентка незалого предъ тѣмъ имѣла приступъ агорафобіи, вродѣ нейрастеническаго страха, подъ вліяніемъ которой у нея явилась невозможность переходить мосты; но она научилась подавлять ее вслѣдствіе психической дрессировки и частаго опыта. Въ настоящемъ случаѣ явился острый психическій приступъ. Авторъ сообщилъ пациенткѣ и окружающимъ, что только одно болѣзненное и героическое средство можетъ принести пользу и средство это настолько вѣрное, что уже въ ближайшіе дни можно ожидать выздоровленія, и приложилъ фарадическую



кисточку (Гиришманновскую щетку съ двойными проволоками) въ подкожную ямку, затѣмъ къ голени и стопѣ въ очень интенсивной степени на 10 минутъ, такъ что появилась разлитая краснота и сильная болѣзненность. Затѣмъ рекомендовалъ индифферентное растираніе и предложилъ повтореніе фарадизаціи кисточкой въ слѣдующіе дни. Когда я вновь навѣстилъ больную, окружающіе встрѣтили меня, сіяя радостью, и объявили, что больная вечеромъ дѣлала первыя попытки стоять и ходить и сегодня съ посторонней помощью уже могла дойти отъ спальни до гостиной. Я объявилъ необходимой вторичную еще болѣе сильную фарадизацію кисточкой, чтобы упрочить излеченіе; и на самомъ дѣлѣ фарадизовалъ настолько сильно, что громкій крикъ больной вызвалъ глубочайшее состраданіе у окружающихъ женщинъ. Тотчасъ послѣ сеанса пациентка слѣдала попытку самостоятельно стоять и ходить, при чемъ ноги ея болѣе не сгибались. Въ слѣдующіе дни она могла съ поддержкой сходить и всходить на лѣстницу и посѣщать меня въ моей квартирѣ, находящейся напротивъ. Два дня спустя пациентка уѣхала безъ малѣйшаго препятствія при хожденіи, чрезвычайно счастливая волшебнымъ скорымъ излеченіемъ «паралича», принявъ во вниманіе короткій срокъ ея пребыванія въ клиникѣ. Въ этомъ случаѣ Eulenburg полагаетъ, что дѣло шло объ астазіи—абазіи, явившейся вслѣдствіе какого либо способа самовнушенія (можетъ быть подъ вліяніемъ мнимой простуды) на истерической почвѣ, хотя точныхъ указаній на истерію не было. За психическое происхожденіе болѣзни говоритъ тотъ фактъ, что она быстро исчезла при примѣненіи психическаго леченія и нельзя думать, чтобы нарушеніе хожденія зависѣло отъ той малой болѣзненности, которая наблюдалась у пациентки. *П, П, Платовъ.*

**Prof. Bernhardt,** Къ этиологіи *Tabes'a* (*Zur Ethologie d. Tabes, Neurologisches Centralblatt, 1890, 23*).

Авторъ, представивъ описаніе случая *tabes'a* у двадцативосьмилѣтней женщины, останавливаетъ особенное вниманіе на причинномъ моментѣ. Больная въ продолженіи пяти лѣтъ съ ранняго утра и до поздней ночи работала на ножной швейной машинѣ. И вотъ эти то незначительныя, но продолжающіяся много лѣтъ сотрясенія и вызвали данное заболѣваніе. Этотъ случай отличается отъ другихъ подобныхъ тѣмъ, что у больной не было наследственнаго предрасположенія и никакихъ слѣдовъ истеріи, какъ это считаетъ необходимымъ Guelliot, который сообщилъ два случая заболѣванія *tabes'омъ* вслѣдствіе постоянной работы на ножной швейной машинѣ у двухъ молодыхъ истеричныхъ женщинъ. I. Hoffmann сообщилъ случай *tabes'a* у одного 47-лѣтняго мужчины вслѣдствіе тяжелой работы безъ всякаго нервнаго предрасположенія. При леченіи главнымъ условіемъ должно быть прекращеніе работы, гидротерапія и электричество. Прерывать беременность въ такихъ случаяхъ не представляется необходимымъ, если не явится какихъ-либо особенныхъ угрожающихъ симптомовъ.

*П. П. Платоновъ.*

**Prof. Strümpel,** О сущности и леченіи *Tabes'a* (*Centralb. f. Nervenheilk, 1890, № 22*).

Относительно этиологіи *Tabes'a* Штрюмпель раздѣляетъ взглядъ Эрба, считая ее за послѣсифилитическое отравленіе тѣла. По его

мнѣнію сифилитическій ядъ, скрываясь долго въ организмѣ, можетъ образовать ненормальные продукты, которые дѣйствуютъ дегенерирующимъ образомъ на извѣстную область нервной системы подобно *Sesale, Pb. et. ceter.* Онъ упоминаетъ о рѣдкомъ заболѣваніи атаксіей женщинъ высшаго круга и дѣтей; у послѣднихъ болѣзнь можетъ быть вызвана наследственнымъ сифилисомъ. Каждый ядъ вреденъ только для извѣстнаго рода волоконъ, поэтому легко объяснить *tabes*, какъ системное заболѣваніе. Авторъ стоитъ за смѣшанное леченіе, для того, чтобы задержать распространеніе люэтического процесса и предупредить вторичное его воздѣйствіе на нервную систему. Кромѣ того, такъ какъ извѣстно, что *tabes* во многомъ похожъ на гуммозное заболѣваніе нервной системы и въ особенности спинного мозга и что оба заболѣванія иногда комбинируются, то противусифилитическое леченіе является вполне умѣстнымъ. Къ леченію подвѣшиваніемъ *S.* относится скептически; по его мнѣнію только въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляются кое-какія симптоматическія улучшенія.

С. Н. Совѣтовъ.

**Д-г Féré,** Бромизмъ и антисептика кишечника,—ядовитость мочи эпиленптиковъ (*Brommation et antisepsie intestinale, toxicité urinaire des épileptiques, Neurolog. Centralb. 1890, № 23.*)

Féré описываетъ исторію болѣзни одного эпиленптика, у котораго подъ вліяніемъ большихъ дозъ бромистаго калія наступило значительное уменьшеніе припадковъ; но въ теченіи леченія явилось тяжелое пораженіе кожи, исчезнувшее подъ вліяніемъ интестинальной антисептики *Naphtol β* и *Bismuthum salicylicum*. Отъ этихъ препаратовъ авторъ всегда получалъ благопріятные результаты въ случаяхъ расстройства пищеваренія и кожныхъ симптомовъ бромизма. Féré по методу Бушара производилъ эксперименты съ мочей эпиленптика въ продолженіи всего припадка. Максимумъ токсическаго дѣйствія мочи наступаетъ къ концу припадка. Послѣ припадка ядовитость дѣйствія мочи вновь постоянно уменьшается. Въ представленномъ случаѣ эпиленптическій припадокъ продолжался около 3-хъ дней.

П. П. Платовъ.

**Д-г Nagy,** О гередитарномъ юношескомъ треморѣ (*Ueber hereditären juvenilen Tremor, Neurol. Centralblatt № 18, 90 г.*)

Авторъ описываетъ случай наследственнаго тремора у женщины 26 лѣтъ.

Г-жа А. Е. замужняя, происходитъ со стороны матери изъ семьи, въ которой у многихъ членовъ (изъ 41-го у 19-ти) наступала дрожь въ отроческомъ или юношескомъ возрастѣ. Дрожь эта похожа на ту, которая является при усталости или возбужденіи; всего сильнѣе поражала она руки; трое изъ семейства страдало нарушеніемъ походки подъ вліяніемъ дрожи; другихъ нервныхъ симптомовъ ни у кого не было, только всѣ они были впечатлительны. Алкогольная почва исключалась тѣмъ, что у тѣхъ членовъ семьи, которые употребляли спиртные напитки, дрожь была меньше. Пациентка въ дѣтствѣ часто была больна: въ возрастѣ 3-хъ лѣтъ у нея были самопроизвольныя кровотеченія изъ мѣста надъ концомъ 10-го ребра; 10-ти лѣтъ имѣла *Peus*, часто страдала лихорадкою, 3 года тому назадъ блѣдною немочью. Мѣсячныхъ уже съ годъ нѣтъ; дрожь появилась съ дѣтскихъ лѣтъ,

сначала въ верхнихъ конечностяхъ, затѣмъ мало по малу въ головѣ и ногахъ. Изъ объективныхъ данныхъ замѣтна только усиленная игра вазомоторовъ на лицѣ, парастезіи въ лѣвой рукѣ въ видѣ прикосновенія мѣха и тяжесть въ ней, въ ногахъ также парастезіи. Иногда затрудненіе мочеотдѣленія; сухожильные рефлексы повышены. Въ рукахъ дрожь настолько сильна, что больная не можетъ ими ничего дѣлать; хожденіе и стояніе затруднительны вслѣдствіе дрожи; замѣтенъ Nystagmus при движеніи глаза наружу и вверхъ. Nagу картину симптомовъ эту относитъ къ случаямъ наследственнаго множественнаго склероза. Объ этомъ извѣстны также наблюденія Дюшеля, Эрба и Пелиціуса; послѣдній представилъ родословную изъ 39-ти членовъ семьи, въ которой 5 представляли ясные симптомы множественнаго склероза. Однако наблюденія Вестфала показали, что случаи, представлявшіе при жизни точную картину множественнаго склероза, при аутопсіи давали иныя анатомическія находки. Поэтому съ увѣренностью діагностировать въ данномъ случаѣ множественный склерозъ Nagу считаетъ рискованнымъ. *П. П. Платовъ.*

**D-r Feist,** Изслѣдованіе мозга параноика (Untersuchung eines Paranoikergehirns, Neurol. Centralblatt, 1890, 19).

Авторъ произвелъ микроскопическое изслѣдованіе мозга одного доктора философіи, страдавшаго около 25-ти лѣтъ хронической ипохондрической параноей. У него не было никакого нервнаго предрасположенія, ни сифилиса. Исходной точкой ипохондрическаго состоянія послужили постоянные запоры и боли въ животѣ, затѣмъ явился бредъ отравленія организма сифилисомъ и ртутью, бредъ подозрительности и преслѣдованія. Больной умеръ 75 лѣтъ отъ малярии. Микроскопическое изслѣдованіе мозга не дало ничего достопримѣчательнаго, кромѣ довольно значительнаго артеріосклероза сосудовъ основанія (мозга). При микроскопическомъ изслѣдованіи корки мозга оказалось, что нервныя волокна, сосуды, гангліозныя кѣтки никакихъ измѣненій не представляли, только послѣднія были сильно пигментированы. Нѣчто особенное представила только окраска кѣтокъ: окрашивание аммоніаккарминомъ не давало ничего ненормальнаго; при окрашиваніи же гѣматоксилиномъ большая часть пирамидальныхъ кѣтокъ, представляли очень слабое или совершенное отсутствіе окраски тѣла и отростковъ, въ то время какъ ядра сильно окрашивались. Окрашивание нигрозиномъ давало подобное же отношеніе, но не въ такой рѣзкой степени и не стояло въ какой либо связи съ окрашиваніемъ гѣматоксилиномъ. На приготовленныхъ препаратахъ изъ большихъ мозговыхъ узловъ, мозжечка и мозгового ствола окрашивание тѣла гангліозныхъ кѣтокъ представлялось вполнѣ хорошимъ и ничего патологическаго въ нихъ не было. Для сравненія Feist приготовлялъ контрольные препараты изъ мозга стараго душевно вполнѣ нормальнаго человѣка и нашелъ тѣ же самыя отношенія кѣтокъ къ окраскѣ, какъ и въ мозгу параноика. Эти наблюденія идутъ въ разрѣзъ съ изслѣдованіями Флейша, который нашелъ, что восприимчивость къ окраскѣ протоплазмы кѣтокъ съ возрастомъ увеличивается. Такимъ образомъ авторъ получилъ отрицательные результаты при изслѣдованіи мозга параноика. Явленія же окрашиванія кѣтокъ считаетъ за старческое измѣненіе. *П. П. Платовъ.*

**Prof. Homen**, О семейномъ заболѣваніи въ формѣ прогрессивной деменціи съ особыми анатомическими находками (*Eine eigenthümliche Familienkrankheit unter der Form einer progressiven Dementia, mit besonderem anatomischen Befund, Neurologisch. Centralblatt, № 17, 90.*

Авторъ въ своей статьѣ даетъ описаніе семейнаго заболѣванія, касающагося трехъ членовъ семьи, изъ которыхъ двое уже умерли. Родители люди вполне здоровые, никакихъ указаній на наследственность не даютъ; сифилиса не было. Мать имѣла 11 дѣтей, изъ которыхъ 5 умерли въ раннемъ дѣтствѣ. Настоящее заболѣваніе появилось на 20, 21 и 12-мъ году безъ видимой причины, до того времени всѣ были здоровы. У всѣхъ болѣзнь начиналась и протекала одинаково: вначалѣ наступали легкія головокруженія, чувство боли и тяжести въ головѣ, общая усталость и уменьшеніе аппетита; въ это же время начиналъ теряться разумъ; пониманіе и память ослабѣвали; походка дѣлалась неуверенной, шаткой; являлось нарушеніе рѣчи. Всѣ эти симптомы прогрессивно усиливались; рѣчь такъ сильно затруднялась, что больные испускали только родъ жалобнаго крика. Всѣ эти симптомы варіировали по своей силѣ у того или другого больного. Въ заключеніе больные безпомощно лежали въ постели; являлось затрудненіе глотанія, слюнотеченіе. У двухъ изъ нихъ появлялся иногда треморъ; печень была нѣсколько уменьшена; селезенка у одного увеличена. Иногда являлись гастрическія разстройства со рвотой по временамъ; но никогда не было нарушенія зрѣнія и параличей. Одинъ изъ больныхъ умеръ отъ истощенія, другой отъ острой бронхопнеймоніи. При вскрытіи оказалось слѣдующее: черепъ у обоихъ утолщенъ, почти симметриченъ, *dura mater* утолщена, ріа мѣстами сращена съ мозгомъ, въ особенности спереди. Мозгъ дѣлушки, умершей 26 лѣтъ, вмѣстѣ съ продолговатымъ и мозжечкомъ вѣсилъ 1130 ggm.; мозгъ юноши, умершаго 19 лѣтъ—1160 ggm. Въ сосудахъ мозга особенно въ *Art. Fossae Sylvii* разбросаны маленькія сѣровато-бѣлыя пятна. Въ чечевичныхъ тѣлахъ въ мозгу умершаго отъ истощенія были гнѣзда размягченія (*Erweichungsherde*), занимающія почти всю длину, половину ширины чечевичныхъ тѣлъ и на  $\frac{1}{2}$  см. не доходящія до верхней и нижней поверхности ихъ; они были наполнены мутной серозной жидкостью. Въ чечевичныхъ тѣлахъ изъ мозга умершаго отъ бронхопнеймоніи было только начало желтаго размягченія въ центрѣ. Остальныя части мозга были нормальны. Аорта и селезеночная артерія были склерозированы; въ печенн—эксквизитный циррозъ, селезенка увеличена. При микроскопическомъ изслѣдованіи корки мозга найдено, что клѣтки 2-го порядка (по Мейнерту) были нѣсколько атрофированы. Количество тангенціальныхъ волоконъ (*Tangentialfasern*) и волоконъ суперрадиарнаго слоя (*Superradiären Faserwerkes*) (по Элингеру) было довольно значительно уменьшено; нейролія нѣсколько уплотнена; сосуды переполнены кровью; стѣнки ихъ уплотнены. Въ чечевичныхъ тѣлахъ микроскопъ открывалъ желтое размягченіе, съ распаденіемъ нервныхъ волоконъ и клѣтокъ, вмѣстѣ съ мелкоклѣточной инфильтраціей. Въ сосудахъ основанія мозга, въ селезеночной артеріи найдены были эндартеріитическія измѣненія. Спинной мозгъ не

былъ пораженъ. Для объясненія вышеописанныхъ болѣзненныхъ измѣненій, Номѣнъ даетъ двѣ гипотезы. Первая объясняетъ дѣло первичной дегенерацией мягкотныхъ волоконъ корки, какъ при *dementia paralytica*; вторая—первичнымъ заболѣваніемъ сосудовъ. Противъ первой гипотезы можно возразить, что исчезаніе мягкотныхъ волоконъ было слишкомъ незначительно, къ тому же ея нельзя объяснить измѣненій въ чечевичныхъ тѣлахъ, сосудахъ печени и проч. Все это легко объясняетъ вторая гипотеза; но трудно объяснить первичное заболѣваніе сосудовъ при отсутствіи наследственнаго сифилиса.

П. П. Платовъ.

**D-r Baake**, Къ терапіи сифилитическихъ заболѣваній центральной нервной системы (*Zur Therapie der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems*, Berl. klin. Wochenschr., 1890, 42).

Отношеніе сифилиса къ болѣзнямъ мозга составляетъ предметъ особеннаго вниманія современныхъ врачей. Особенно интересуются отношеніемъ сифилиса къ такимъ болѣзнямъ, какъ *paralysis progressiva* и *tabes dorsualis*, а также леченіемъ этихъ болѣзней. Становится очень страннымъ и отчасти даже непонятнымъ то обстоятельство, что и *paralysis progressiva* и *tabes dorsualis* часто бываютъ сифилитическаго происхожденія, а между тѣмъ антисифилитическое леченіе въ этихъ болѣзняхъ остается безрезультатнымъ. Авторъ полагаетъ, что это происходило отъ изолированнаго леченія одной ртутью, или однимъ іодомъ; напротивъ, комбинація ртутныхъ втираній съ теплыми ваннами оказываетъ весьма благотворное вліяніе при леченіи вышеуказанныхъ болѣзней. Въ этихъ случаяхъ теплыя ванны позволяютъ начать ртутное леченіе даже тамъ, гдѣ безъ ванны на примѣненіе его рискнуть нельзя. Проникновеніе ртути, обмѣнъ веществъ и выведеніе продуктовъ обратнаго метаморфоза при ваннахъ гораздо лучше, чѣмъ безъ ваннъ. Наконецъ, ванны сами по себѣ могутъ оказывать благотворное вліяніе на нервную систему.—Ванны должны быть отъ 16 до 26°R и не выше, ни ниже. Ванны низшей температуры раздражаютъ нервную систему,—ванны высшей температуры способствуютъ апоплектиформеннымъ приступамъ. Длительность такового леченія должна быть, съ перерывами для ртутныхъ втираній, отъ 6 до 16 недѣль. Рядомъ съ этимъ авторъ считаетъ добавленіе въ видѣ леченія физическими факторами, кои: электричество и проч. Электричество лучше всего примѣнять по мѣрѣ того, какъ специфическое леченіе уже обнаружитъ свое воздѣйствіе.

А. И. Поляковъ.

**D-r Winkler и Bollaen**, Наложеніе щипцовъ, какъ причина идиотизма (*Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde, Centralblad f. Nervenheilkunde*, 1890, № 3).

Авторы описываютъ случай идиотизма, происшедшаго вслѣдствіе наложенія щипцовъ при родахъ. Больной въ идиотическомъ состояніи прожилъ до 60 л. При вскрытіи послѣ смерти обнаружены были рѣзкія измѣненія черепа и мозговой субстанции соотвѣтственно мѣсту наложенія щипцовъ. Авторы, на основаніи своихъ дальнѣйшихъ изслѣдованій череповъ и мозговъ идиотовъ, утверждаютъ, что наложеніе щипцовъ далеко нерѣдко служитъ причиною возникновенія идиотизма.

С. Н. Совѣтовъ.

**Prof. Mendel**, Патологическая анатомія *dementiae paralyticae* (Die paralogische Anatomie der dementia paralytica, Centralb. f. Nervenheilk., 1890).

На Берлинскомъ съѣздѣ авторъ слѣлалъ сообщеніе о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ мозгу при *dementia paralytica*. При этомъ онъ нашелъ въ основномъ веществѣ увеличеніе количества зеренъ и веретенообразныхъ клѣтокъ, такое же увеличеніе зеренъ наблюдалось и въ сосудистыхъ стѣнкахъ,—стѣнки эти уплотнены и представляютъ гіалиновую дегенерацію. Узловыя клѣтки были съ измѣненной протоплазмой, при чемъ въ большинствѣ случаевъ эти клѣтки склерозированы и атрофированы. Клѣтки нейроглии набухши; нервныя волокна представляютъ измѣненія, наблюдаемыя одинаково и при алкоголизмѣ, *dementia senilis*, эпилептическихъ психозахъ и проч. Въ спинномъ мозгу наблюдалась сѣрая дегенерація заднихъ пучковъ,—сѣрая дегенерація боковыхъ и мозжечковыхъ пучковъ и различныя формы міэлита. По мнѣнію автора, прогрессивный параличъ есть болѣзнь *sui generis* не только по клинической, но и по патологоанатомической картинѣ. Относительно исходнаго пункта этого заболѣванія существуетъ двѣ теоріи: по одной первично заболѣваютъ нервныя волокна, а затѣмъ нервныя клѣтки, промежуточная ткань и сосуды,—по другой—сосуды съ гипереміей и послѣдующимъ выходженіемъ бѣлыхъ тѣлецъ и вторичнымъ уничтоженіемъ нервныхъ волоконъ и набуханіемъ клѣтокъ. Авторъ не допускаетъ для всѣхъ случаевъ первичнаго происхожденія болѣзни изъ сосудистой области, что доказано имъ и экспериментами на собакахъ. По мнѣнію автора, прогрессивный параличъ есть хроническое воспаленіе нейроглии съ исходами въ атрофію.

**П. П. Платовъ.**

**D-r Kraepelin**, Алкоголь и чай (Alkohol und Thee, Neurologisches Centralblatt, 1890, 17).

На основаніи психометрическихъ изслѣдованій психофизическихъ отправлений подъ вліяніемъ алкоголя и чая, авторъ приходитъ къ выводу, что алкоголь и чай не только не одинаково дѣйствуютъ на отправленія душевной дѣятельности, но даже противоположно другъ другу. При небольшихъ приѣмахъ алкоголя ускоряется выборъ, но ни способность различенія, ни ассоціаціонная дѣятельность при этомъ не ускоряются; наоборотъ, чай не ускоряетъ быстроты выбора, за то ускоряетъ воспріятіе и ассоціацію представлений. Субъективныя ощущенія подъема силъ подъ вліяніемъ приѣмовъ алкоголя не находятъ себѣ оправданія въ объективныхъ изслѣдованіяхъ, такъ какъ алкоголь понижаетъ какъ двигательную силу, такъ и умственную мощь; употребленіе же чая повышаетъ умственную дѣятельность.

**П. Н. Лашенко.**

**D-r Ziehen**, Къ фізіологіи подкорковыхъ узловъ и отношеніе ихъ къ эпилептическому припадку (Zur Physiologie des intracorticalen Ganglien und über ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall, Archiv f. Psychiatrie, B. XXI, 3).

Механическое и фарадическое раздраженіе полосатаго тѣла производитъ или однократныя, или тоническія сокращенія, преимущественно на перекрестной половинѣ; судороги продолжаются только пока дѣйствуетъ раздраженіе; характеръ ихъ совершенно такой же, какъ при раздраженіи двигательной области коры. Гдѣ

возможно было изолированное раздражение чечевичного ядра, результатъ былъ такой же, какъ и при раздраженіи полосатаго тѣла.

Такое же раздраженіе зрительнаго бугра вызываетъ однократныя или тоническія сокращенія мускулатуры перекрестной и одноименной половины: иногда судороги преобладаютъ въ одноименной сторонѣ; судороги прекращаются съ прекращеніемъ раздраженія. Перерѣзка мозгового ствола въ области зрительнаго бугра и передняго четверохолмія, если разрѣзъ приходится между хіазмою и сзади средины моста, вызываетъ бурныя бѣгательныя движенія съ локомоціей и крикомъ, съ послѣдующими иногда тетаническими судорогами. Раздраженіе самаго передняго четверохолмія производитъ ускореніе дыханія, ворчанье, пискъ, поднятіе хвоста, нистагмъ, растопыриваніе лапъ и, наконецъ, также бурную локомоцію. Раздраженіе въ области задняго четверохолмія вызываетъ тетаническую судорогу безъ локомоціи, преимущественно въ одноименной половинѣ; судорога продолжается иногда по прекращеніи раздраженія. Авторъ склоняется къ той мысли, что всѣ получаемыя описаннымъ выше способомъ двигательныя явленія происходятъ *рефлекторно*. Переходъ съ чувствующихъ путей на двигательныя происходитъ, быть можетъ, въ ядрахъ покрывки или колѣнчатыхъ тѣлахъ. Такимъ образомъ, *тетаническая судорога* своимъ происхожденіемъ обязана раздраженію *подкорковыхъ* центровъ, между тѣмъ какъ *клоническія* исходятъ изъ *мозговой коры*. Возможно слѣдовательно, что клонически-тоническія судороги, получаемыя при фарадическомъ раздраженіи головного мозга кроликовъ, зависятъ отъ непрямого раздраженія области моста и задняго четверохолмія, насчетъ которыхъ должна быть отнесена тоническая часть судорогъ.

С. Н. Совѣтовъ.

**D-r Lemos**, Сенситивная эпилепсія и паралитическая деменція (L'épilepsie sensitive et la dementia paralytica Neurolog. Centralbl., 1890, 17).

Авторъ полагаетъ, что сенситивная эпилепсія, какъ она описана Charcot, иногда является въ продромальномъ періодѣ прогрессивнаго паралича и можетъ служить важнымъ діагностическимъ признакомъ.

П. Н. Лащенко.

**D-r Neisser**, Лечение душевныхъ больныхъ пребываніемъ въ постели (Die Bettbehandlung der Irren, Neurolog. Centr., 1890, 17).

По мнѣнію автора, пребываніе больныхъ въ постели не только способствуетъ сохраненію силъ больныхъ, но и большому ихъ успокоенію, въ виду того, что это порождаетъ въ ихъ сознаніи мысль о болѣзни и необходимости леченія. Содержаніе въ постели успокаивающимъ способомъ дѣйствуетъ даже на маниаковъ, при чемъ авторъ рекомендуетъ и ихъ содержать въ постели, за исключеніемъ тѣхъ, у которыхъ существуютъ сладострастныя мысли. Особенно полезно пребываніе въ постели свѣжихъ случаевъ, при чемъ нерѣдко уже однимъ этимъ обрывается болѣзнь.

П. Н. Лащенко.

**D-r Fubini**, Дрожь (Tremor, Molleschott's Untersuchungen zur Naturl., 1889).

Авторъ при помощи плетисмографа Mosso изслѣдовалъ различные виды дрожи и полагаетъ, что старческая дрожь своимъ про-

исхожденіемъ обязана ослабленной иннерваціи, тогда какъ дрожь, являющаяся при аффектахъ—усиленной иннерваціи. Въ другихъ случаяхъ дрожь можетъ быть периферическаго происхожденія, какъ напр. при перерѣзѣ п. п. *facialis* и *hypoglossus*. Случаи патологической дрожи, какъ: при *paralysis agitans*, *sclerosis disseminata*, *paralysis progressiva*, *morbus Basedowi* и проч., но объясненій сущности этого явленія авторъ не даетъ. *С. Н. Савѣтовъ.*

**D-r Ottolenghi**, Зрительное поле эпилептиковъ и прирожденных преступниковъ (*moral insanity*).—*Das Gesichtsfeld der Epileptiker und der geborenen Verbrecher*, *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1890, October).

Авторъ изслѣдовалъ поле зрѣнія эпилептиковъ въ промежуткахъ между приступами эпилепсіи и нравственно-помѣшанныхъ и нашелъ, что у обоего рода этихъ больныхъ поле зрѣнія ограничено, при чемъ ограниченіе представляетъ неправильную форму, иногда имѣетъ даже видъ скотомы. Эти симптомы авторъ считаетъ характерными для эпилепсіи. *П. П. Платовъ.*

**Prof. Pick**, Къ патологической гистологіи прогрессивнаго паралича (*Zur pathologischen Histologie der progressiven Paralyse*, *Neurolog. Centralbl.*, 1890, 22).

Изслѣдуя мозгъ паралитика, уплотненный въ алкогольъ, въ различныхъ мѣстахъ корки авторъ находилъ запятовидныя образованія, которые на первый взглядъ при маломъ увеличеніи можно принять за размножающіеся сосуды; но сосуды идутъ въ радіальномъ направленіи къ поверхности мозга, эти же образованія лежали по направленію продольной оси нервной клѣтки и представляли тонкій, слабоокрашенный, болѣе или менѣе длинный отростокъ, для котораго въ нѣкоторыхъ мѣстахъ можно было доказать связь съ базальнымъ или концевымъ отросткомъ гангліозной клѣтки, чѣмъ вполнѣ опредѣляется натура этихъ образованій какъ нервныхъ волоконъ. На основаніи представленныхъ находокъ авторъ заключаетъ, что дѣло идетъ здѣсь о склерозѣ осевого цилиндра. *П. П. Платовъ.*

**D-r Kronthal, I.** Лимфатическіе капилляры въ мозгу. II. Дегенерация капилляровъ при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ. (*Lymphcapillaren im Gehirn. Degeneration der Gefässcapillaren bei der progressiven Paralyse der Irren*, *Neurolog. Centralbl.*, 1890, 22).

I. Авторъ занимался изслѣдованіемъ лимфатическихъ сосудовъ корки мозга паралитиковъ. Способъ, посредствомъ котораго К. получалъ изолированные капилляры, состоитъ въ слѣдующемъ: изъѣвъ кусочки величиною съ горошину изъ ткани, подлежащей изслѣдованію, опускаетъ ихъ въ 20 к. с. 0,50% раствора *Acidi lactici*. Черезъ 24 часа кусочки разбухаютъ и легко раздѣляются на болѣе мелкія части. Черезъ 48 часовъ берется частичка величиною въ булавочную головку, переносится на объективное стекло; съ обѣихъ сторонъ препарата параллельно между собою и краямъ объективнаго стекла прикладывается по покровному стеклышку и сверху покрывается третьимъ и впускается въ препаратъ 1—2 капли раствора пикрокармина. Затѣмъ слегка постукиваютъ рукояткой препаровальной иглы по верхнему стеклышку. Препаратъ распадается послѣ 15—20 постукиваній на мельчайшія частички;



потомъ вынимаютъ оба боковыя стеклышка, осушаютъ посредствомъ фильтрованной бумаги препаратъ и выпускаютъ смѣсь изъ разныхъ частей глицерина и воды. Разсматривая теперь подъ микроскопомъ края препарата, можно видѣть свободно лежащія сосуды. Мельчайшіе сосуды расположены прямолинейно или дугообразно и изрѣдка случается видѣть зигзагообразный ходъ сосудовъ. Сосудистая стѣтъ представляется очень нѣжной, и, по большей части, она не окрашена, или окрашивается пикрокарминомъ въ свѣтлорозовый или желтоватый цвѣтъ. Стѣтъ содержитъ умеренное количество ядеръ, которыя лежатъ большей частью въ углу, образуемомъ отходящей вѣтвью съ главнымъ стволикомъ; изрѣдка ядра попадаютъ и на прямомъ пути сосуда. Просвѣтъ отходящихъ сосудовъ такой же величины, какъ и главнаго стволика и равенъ 2,5 въ поперечникѣ. Стѣнка сосулика въ томъ мѣстѣ, гдѣ лежитъ ядро, обходитъ его снаружи, иначе ядро запрудило бы просвѣтъ сосуда; изрѣдка бываетъ, что просвѣтъ расширяется въ мѣстѣ положенія ядра. Отходящая сосудистая вѣтвь при началѣ бываетъ расширена и въ этомъ мѣстѣ обыкновенно лежитъ ядро. Эти сосулики К. называетъ лимфатическими капиллярами; что это не кровеносные, доказываетъ тѣмъ, что просвѣтъ ихъ слишкомъ малъ, чтобы въ нихъ могли проходить кровяныя тѣльца; если же допустить, что стѣнка сосулика настолько эластична, что можетъ пропускать ихъ, или что она подъ вліяніемъ реагентовъ сморщилась, то во всякомъ случаѣ въ нихъ находились бы кровяныя тѣльца, чего на самомъ дѣлѣ ни разу не найдено, а употребленные реагенты не разрушаютъ ихъ. Мозгъ имѣетъ замкнутую систему лимфатическихъ сосудовъ, не содержащихъ форменныхъ элементовъ. Сообщаются ли эти сосуды съ адвентиціальными, периваскулярными и перицеллюлярными лимфатическими пространствами, содержащими лимфатическія тѣльца, изъ представленныхъ препаратовъ рѣшить нельзя было, такъ какъ связь эта нигдѣ не получена.

II. Чтобы рѣшить вопросъ, зависитъ ли перерожденіе нервовъ при прогрессивномъ параличѣ отъ первичнаго перерожденія сосудовъ, авторъ считаетъ необходимымъ изслѣдовать капилляры изъ однихъ и тѣхъ же частей мозга паралитиковъ и преимущественно тѣхъ мѣстъ, гдѣ произошло перерожденіе нервныхъ волоконъ. Результаты его изслѣдованій слѣдующіе: въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ произошла дегенерація капилляровъ, констатировано и исчезаніе нервныхъ волоконъ; лимфатическіе капилляры нѣсколько расширены, многочисленнѣе и содержатъ больше ядеръ. Кровеносные капилляры дегенерируются неравномѣрно въ различныхъ частяхъ корки. Что касается характера дегенераціи, то К. различаетъ двѣ формы: При одной формѣ процессъ состоитъ въ размноженіи ядеръ, при другой—въ уплотненіи сосудистой стѣнки. При первой находятъ громадное количество ядеръ, въ то время какъ стѣнки остаются прозрачными; при второй количество ядеръ не велико, но стѣнка интенсивно окрашивается пикрокарминомъ и мѣстами представляется совершенно непрозрачной. Если процессъ зашелъ далеко, то цѣлый капилляръ имѣетъ видъ твердой, темноокрашенной, безструктурной трубки; наблюдается и смѣшанная форма обоихъ процессовъ, когда, при увеличенномъ количествѣ ядеръ, стѣнка сосуда представляется уплотненной.

П. П. Платовъ.

**D-r Umfenbach, I.** Опыты съ *Orexinum muriaticum*. **II.** *Chloralamid* при душевныхъ болѣзняхъ. **III.** *Amylenhidrat* при эпилепсiи (*Versuche mit Orexinum muriaticum. Chloralamid bei Geisterkranken. Amylenhydrat bei Epilepsie, Therapeut. Monatsch. 1890; Neurolog. Centralb. 1890, 22*).

При ненадежности существующихъ средствъ, возбуждающихъ аппетитъ, предложеніе орексина *Penzoldt*'омъ должно быть встрѣчено съ радостью. Опыты, которые *Umfenbach* произвелъ на самомъ себѣ относительно дѣйствія этого средства, показали, что 0,25 *Orexin. muriat.*, принятаго внутрь въ желатиновыхъ капсуляхъ, чрезъ 3 часа вызываютъ сильное чувство голода. Употреблять его необходимо въ капсуляхъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ наступаетъ головокруженіе и тошнота. Средство было испробовано на 25 душевно больныхъ. Одна, страдающая ипохондріей, у которой никогда не было аппетита, съ крикомъ ночью требовала хлѣба. Въ 11 случаяхъ при постоянномъ отказѣ отъ пищи вслѣдствіе ступора или ложныхъ идей былъ вводимъ орексинъ (0,5 2 раза въ день) посредствомъ желудочнаго зонда съ супомъ; у 5-ти изъ этихъ больныхъ послѣ 1—2 приема орексина появился аппетитъ на довольно продолжительное время; въ одномъ случаѣ эффектъ былъ только мимолетный; у остальныхъ 5 принятіе орексина осталось безъ дѣйствія. Вообще въ большинствѣ случаевъ авторъ видѣлъ хорошіе результаты отъ средства. Больные часто жаловались на дурной вкусъ во рту, чего нельзя избѣжать совершенно, даже при назначеніи лекарства въ формѣ пилюль; средство должно быть введено въ желудокъ сильно разведеннымъ. Въ трехъ случаяхъ послѣ приема замѣчалось усиленіе перистальтики кишекъ.

**II. Chloralamid**, растворенный въ абсолютномъ алкоголѣ (1:2) при прибавленіи воды и сиропа, былъ испробованъ въ 55 случаяхъ въ дозахъ отъ 2—6 grm. Въ 30 случаяхъ получился седативный эффектъ, въ 12 — никакого и въ 13 случаяхъ только мимолетный. При параноѣ, параличѣ и короткихъ состояніяхъ возбужденія эпилептиковъ *Chloralamid* былъ постоянно дѣйствителенъ, въ то время какъ при возбужденіяхъ слабоумныхъ и при свѣжихъ психозахъ маніи и меланхоліи не оказывалъ дѣйствія, или давалъ только кратковременный эффектъ. Сонъ наступаетъ большею частью чрезъ часъ послѣ приема; на желудокъ средство не дѣйствуетъ; но, кажется, усиливаетъ перистальтику кишекъ. *Chloralamid* хорошо переносится цѣлыми мѣсяцами и не оказываетъ замѣтнаго вліянія на сосудистую и урогенитальную системы. Въ одномъ случаѣ средство оказало возбуждающее дѣйствіе на слабоумную старуху; два раза послѣ долгаго употребленія средства была наблюдаема *exanthema*. Моторныя раздраженія при *tremor essentialis* и *Chorea hereditaria* дѣлались слабѣе послѣ употребленія малыхъ дозъ (0,5—2.0 pro die).

**III.** По почину *Wildermuth*'а, *amylenhydrat* былъ испробованъ у 7 эпилептиковъ въ дозахъ отъ 5 до 8 grm.; двое больныхъ, которые прежде ежемѣсячно имѣли 9—11 отдѣльныхъ припадковъ, освободились отъ нихъ послѣ продолжительнаго употребленія средства; третьему *amylenhydrat* помогъ сразу; у остальныхъ 4 полъ вліяніемъ его мало измѣнилось число припадковъ. У всѣхъ больныхъ полъ вліяніемъ средства наступала сонливость; послѣ пре-

кращення пріємовъ сонъ продолжительное время былъ безпокоенъ и больные ночью вскрикивали, между тѣмъ какъ прежде всегда спали спокойно. Странно было въ 3-хъ случаяхъ, что послѣ прекращенія пріемовъ лѣкарства въ ближайшіе 3—4 дня наступала серія припадковъ у больныхъ, которые прежде имѣли въ день отъ 1 до 3-хъ. Можно еще упомянуть, что у двухъ эпилептиковъ послѣ вліяніемъ даннаго средства припадки стали по большей части неполными, въ то время какъ прежде имѣли вполнѣ выраженные эпилептическія судорги.

П. П. Платовъ.

**Dr Kjellberg,** О никотинныхъ психозахъ (Ueber die Nicotinpsychosen, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1890).

Никотинъ уже въ малыхъ дозахъ оказываетъ на организмъ сильное дѣйствіе. Въ дозахъ около 0,003 онъ вызываетъ сначала жгучее ошущеніе на языкѣ, затѣмъ гиперсекрецію слюны et seteg. Вначалѣ непріятное отравленіе никотиномъ быстро проходитъ, появляется привычка къ нему и наконецъ неодолимая потребность. Появленіе психоза часто наблюдается вслѣдствіе чрезмѣрнаго употребленія табака; особенно большую опасность представляетъ жеваніе—привычка очень распространенная на сѣверѣ, гдѣ авторъ имѣлъ возможность наблюдать много случаевъ этого интоксикаціоннаго психоза. Эту первичную интоксикаціонную параню Kjellberg описываетъ обстоятельно; онъ различаетъ продромальный періодъ, въ которомъ послѣ продолжительнаго чувства нездоровья измѣняется расположеніе духа; каждое занятіе больному дѣлается противнымъ, онъ становится невеселымъ; его охватываетъ предсердечная тоска. Проходитъ 1½—3 мѣсяца и наступаетъ первый періодъ психоза, характеризующійся яркими галлюцинаціями слуха, зрѣнія и другихъ органовъ чувствъ и разнообразными представленіями. Продолжительность этого періода 6—7 мѣсяцевъ. Во второмъ періодѣ самочувствіе больного повышается,—онъ разговариваетъ съ веселымъ лицомъ, громко поетъ; ходъ мыслей ускоряется, галлюцинаціи слуха и зрѣнія рѣдко оставляютъ больного; по временамъ настроеніе больного дѣлается мрачнымъ, вниманіе къ окружающей обстановкѣ ослабляется. Въ третьемъ періодѣ измѣненіе настроенія происходитъ чаще; мало по малу исчезаетъ способность припоминанія; больной не замѣчаетъ окружающаго, его взглядъ тупой и безъ выраженія. Что касается предсказанія, то въ первомъ періодѣ prognosis fausta, коль скоро можно устранить злоупотребленіе никотиномъ; также и во второмъ періодѣ можно ожидать выздоровленія, если же больной находится въ третьемъ періодѣ болѣзни, то состояніе его безнадежно. Терапія состоитъ прежде всего въ запрещеніи табака. Хорошую услугу оказываютъ минеральныя воды. Противъ бессонницы назначаютъ sulfonal и kalium bromatum; общее состояніе организма поднимается тоническими средствами.

П. П. Платовъ.

**Dr L. Starr,** О связи второго прорѣзыванія зубовъ съ заболѣваніями въ болѣе позднему дѣтскому возрасту (Ueber den Zusammenhang der zweiten Dentition mit Erkrankungen in späteren Kindesalter, Centralb. f. Nervenheilk, 1890).

Второе прорѣзываніе зубовъ можетъ вызвать у дѣтей такія же болѣзненные разстройства, какъ и первое; но на нихъ менѣе обращается вниманія, во первыхъ потому, что они не такъ рѣзко

бываютъ выражены, во вторыхъ, дѣти при наступленіи второго прорѣзыванія зубовъ находятся въ болѣе устойчивомъ возрастѣ, чѣмъ во время перваго. Болѣзненные расстройства могутъ сосредоточиваться во рту (ланцинирующія боли невралгическаго характера, которыя часто переходятъ на глазъ, ухо, лицо, лобъ; затѣмъ краснота и опуханіе десенъ, а также ulcerозный стоматитъ), иногда къ этому присоединяется измѣненіе или потеря вкуса. Кромѣ того, наступаютъ расстройства въ различной степени всего организма, выражающіяся исхуданіемъ, переменной характера, тоскливымъ выраженіемъ лица, индифферентизмомъ, блѣдностью, потерей силъ, безпокойнымъ сномъ, иногда легкими вечерними повышеніями температуры. Боли во рту при этомъ существуютъ постоянно и усиливаются при жеваніи, вслѣдствіе чего появляется анорексія. Десны опухаютъ, краснѣютъ и чувствительны надъ вырастающимъ кореннымъ зубомъ. Симптомы эти исчезаютъ съ появленіемъ зуба и вновь появляются, коль скоро начнетъ прорѣзываться новая группа. Въ особенности даютъ поводъ къ этимъ расстройствамъ передніе коренные зубы. Расстройства желудочно-кишечнаго тракта рѣдко достигаютъ той высоты, какъ во время перваго прорѣзыванія. Анорексія, рвота, острый или хроническій желудочно-кишечный катарръ—вотъ тѣ явленія, къ которымъ могутъ присоединиться головныя боли, тоска, плохой сонъ, скрежетаніе зубовъ, ночные испуги вслѣдствіе страшныхъ сновидѣній, сомнамбулизмъ и ночное недержаніе мочи. Часто при прорѣзываніи перваго кореннаго зуба наблюдается припуханіе подчелюстныхъ и затылочныхъ лимфатическихъ желѣзъ. Опухоль бываетъ умѣренная, мало чувствительная, переходящая иногда въ хроническую индурацию, рѣдко въ нагноеніе, преимущественно при скрофулезѣ. Воспаленіе конъюнктивы и отитъ рѣдки и связь ихъ со вторымъ прорѣзываніемъ зубовъ мало признается. Оцѣпенѣлость губъ, экзема, крапивница случаются часто и явно связаны съ желудочно-кишечными расстройствами. Катарръ носа и бронхитъ самыя частыя явленія со стороны дыхательнаго аппарата. Изъ нервныхъ явленій наблюдаются сенсорныя и моторныя расстройства. Обыкновенно существуетъ головная боль по большей части односторонняя въ вискѣ, но можетъ гнѣздиться въ затылочной области и въ другихъ частяхъ лица; иногда она переходитъ съ виска на нижнюю часть головы. Боль эта рвущая, болѣе или менѣе постоянная безъ опредѣленныхъ интермиссій; въ это время наступаетъ безсонница, анорексія, частый и твердый пульсъ, испарина, расширеніе зрачка на соответствующей сторонѣ, иногда чувство робости, диплопія и видѣніе болѣе окрашенныхъ круговъ. При этомъ можно бываетъ открыть одну или нѣсколько болевыхъ точекъ и прощупать твердую, чувствительную къ давленію, умѣренно увеличенную лимфатическую желѣзу въ подчелюстной или шейной области. Припадки эти зависятъ отъ измѣненій въ иннервации сосудовъ, вслѣдствіе раздраженія симпатическаго нерва, отчего происходитъ неправильное сокращеніе и спазмъ артеріальныхъ сосудовъ височной и затылочной области. Истинную причину раздраженія слѣдуетъ искать во рту. Моторныя болѣзненные расстройства не такъ обыкновенны, за то разнообразны. Наблюдаютъ

судороги и параличи вѣкъ; иногда распространенные параличи верхнихъ и нижнихъ конечностей, которымъ часто предшествуютъ хореическія движенія. Въ этомъ состояніи въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступаетъ быстро выздоровленіе; въ другихъ же случаяхъ конечности атрофируются и къ параличамъ присоединяются симптомы болѣе тяжелыхъ поражений головного и спинного мозга: затрудненіе дыханія, удушье, сердцебиеніе, перекашивание лица, косоглазье, за которыми слѣдуетъ кома и смерть. Но эти случаи рѣдки. Уже выше упомянуто, что вслѣдствіе раздраженія при прорѣзываніи зубовъ наступаютъ хореическія движенія, какъ продромы параличей, но гораздо чаще у нервныхъ дѣтей является настоящая хорея. Равнымъ образомъ, при прорѣзываніи зубовъ и какъ слѣдствіе его, часто бываетъ эпилепсія; въ этихъ случаяхъ обыкновенно уже во время перваго прорѣзыванія наступаютъ общія конвульсіи.

П. П. Платовъ.

**D-r Raymond**, Отношеніе альбуминурии къ психозамъ (*Les rapports de l'albuminurie avec les psychoses*, Soc. medic. des Hopit., 1890).

По мнѣнію автора, это отношеніе можетъ быть разсматриваемо съ двухъ различныхъ точекъ зрѣнія: 1) альбуминурия можетъ явиться а) въ теченіе психоза въ качествѣ одного изъ признаковъ болѣзни, обусловленнаго поражениемъ нервнаго центра, какъ это бываетъ при экспериментальной альбуминурии (по способу Клодъ Бернара),—или же б) альбуминурия является слѣдствіемъ поражения почекъ, обусловленнаго тѣмъ же процессомъ, какъ и поражение мозга. Во 2-хъ альбуминурия можетъ являться слѣдствіемъ поражения почечнаго фильтра и послѣдствіемъ автоинтоксикаціи, которая можетъ служить импульсомъ для возникновенія у людей, предрасположенныхъ къ тому, латентнаго психоза, или для усиленія уже начинающагося. Такимъ образомъ перемежающийся характеръ психоза въ подобныхъ случаяхъ нерѣдко обуславливается періодически появляющимися, или усиливающимися расстройствами почекъ.

В. А. Тихомировъ.

**D-r Cuylitis**, Переутомленіе и паралитическое сумашествіе (*Surmenage et folie paralytique*, Bullet. société med. ment. Belgique, 1890, № 58).

Авторъ полагаетъ, что переутомленіе никогда не можетъ служить причиною развитія прогрессивнаго паралича. У людей здоровыхъ переутомленія не можетъ быть, ибо здоровый человѣкъ работаетъ, пока можетъ; сверхъ силъ работаютъ только дегенераты, поэтому переутомленіе можетъ быть только у нихъ. Но у дегенератовъ прогрессивный параличъ явленіе рѣдкое, такъ какъ у нихъ чаще являются психозы вырожденія, поэтому и съ данной точки зрѣнія переутомленіе не можетъ служить причиною прогрессивнаго паралича.

В. А. Тихомировъ.

**D-r Magnan**, Интермитирующія умопомѣшательства (*Les folies intermittentes*, Neurolog. Centralblatt, 1890, 17).

Авторъ, проанализировавъ очень большое количество бывшихъ подъ его наблюденіемъ, являющихся повторно, случаевъ, объединяетъ ихъ въ одну группу подъ именемъ интермитирующаго умопомѣшательства. Отличительная черта всѣхъ этихъ случаевъ—

переменяемость. Приступы этих заболѣваній могутъ являться въ простомъ видѣ, или же комбинированными. Въ первое время свѣтлые промежутки между этими приступами являются свободными отъ психическихъ разстройствъ; но за тѣмъ и въ теченіе этихъ промежутковъ проявляются довольно рѣзкія измѣненія въ характерѣ и душевной жизни этихъ больныхъ, сравнительно со здоровою обычною жизнью: является или необычная раздражительность, или апатія и неподвижность. Вмѣстѣ съ этимъ, каждый послѣдующій свѣтлый промежутокъ становится короче предыдущаго, а умственная дѣятельность съ каждымъ новымъ свѣтлымъ промежуткомъ слабѣе и слабѣе и постепенно переходитъ въ слабоуміе. Слабоуміе у старыхъ больныхъ наступаетъ раннѣе, чѣмъ у молодыхъ. Силу, свойство и продолжительность отѣльных приступовъ Magnan демонстрировалъ въ формѣ кривыхъ.

П. П. Платовъ.

**Prof. Ladame**, Folie du doute et delire du touché, Annal. medico-psychol. 1890, 6.

Авторъ останавливаетъ свое вниманіе преимущественно на литературныхъ данныхъ этого вопроса. Schüle смотритъ на эту болѣзнь, какъ на гередитарное проявленіе,—по Magnan'у же это только одно изъ эпизодическихъ проявленій гередитарнаго проявленія. Krafft-Ebnig смотритъ на нихъ какъ на душевное разстройство, вслѣдствіе насильственныхъ представленій. Marcé еще въ 1862 г. принималъ это состояніе за интеллектуальную мономанію. Jules Falret рассматривалъ ихъ какъ частичное душевное заболѣваніе съ присоединеніемъ боязни прикосновенія; Mogel называлъ delire émotif; Lasègue: принималъ за меланхолію съ нерѣшительностью. Ball присоединяетъ это состояніе къ delire avec conscience. Краепелін упоминаетъ объ этомъ состояніи въ отѣлѣ нейрастеническаго душевнаго разстройства. Такимъ образомъ по однимъ это есть самостоятельная болѣзнь, по другимъ—это эпизодическое проявленіе дегенерации и по третьимъ—это элементарное разстройство. Впервые болѣзнь описалъ Esquirolъ подъ именемъ monomanie raisonnante. Baillarget считаетъ эту болѣзнь за monomanie avec conscience, приписываетъ ее возрасту полового созрѣванія и указываетъ на важное значеніе въ этой болѣзни наследственности. Авторъ полагаетъ, что Legrand Saulle напрасно соединилъ вмѣстѣ folie du doute и delire du touche, такъ какъ они могутъ быть вмѣстѣ, но могутъ являться и отѣльно, каковыя случаи авторъ и приводитъ. По мнѣнію автора, эта болѣзнь стоитъ въ связи съ врожденной неустойчивостью нервной системы и рекомендуетъ при ней статическое электричество и внушеніе.

М. Н. Поповъ.

**D-r Brissaud**, Сальтаторныя судороги и ихъ отношеніе къ истеріи (Le spasme saltatoire dans rapports avec l'hysterie, Archives generales de medicine, 1890, 10).

Первыя описанія этого пораженія принадлежатъ Romberg'у и Gowers'у, затѣмъ Guttman'у, Kohlmann'у, Landouzy, Olivier d'Ager и Bonnet, Westphal'ю, Feinberg'у и Heuck'у. Болѣзнь состоитъ въ послѣдовательныхъ приступахъ сокращеній флексоровъ и экстензоровъ нижнихъ конечностей, при чемъ картина принимаетъ видъ дикой и нелѣпой пляски. Въ сильной степени напря-

женія болѣзни больные не могутъ удержаться на ногахъ и прыгаютъ,—въ слабой степени они способны удержаться на ногахъ. Въ слабыхъ степеняхъ больные ходятъ, но отбрасываютъ конечности въ видѣ того, какъ это дѣлають табетки. Начальные симптомы проявляются въ формѣ трипидациі, которая затѣмъ уже переходитъ въ пляску. Ритмическая трипидациія въ большинствѣ появляется при лежачемъ положеніи. Это раздраженіе получается не только при внѣшнемъ раздраженіи, напр. ударъ молотка, но и при психическомъ возбужденіи. При лежачемъ положеніи ноги нѣсколько ригидны, но иногда ригидность достигаетъ очень рѣзкой степени; произвольныя движенія слабы и затруднены,—во снѣ же движенія совершенно свободны. Иногда одна нога поражается сильнѣе, чѣмъ другая. Иногда происходитъ трансфертъ спазмы съ одной ноги на другую. Кромѣ всего этого иногда больные страдаютъ приступами страшной рахіалгіи, которая составляетъ какъ бы продромъ болѣзни. Вообще болѣзнь представляетъ собою одинъ изъ симптомовъ судорожнаго діатеза. Теченіе болѣзни отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ мѣсяцевъ, съ ремиссіями и экзацербациями; исходъ — полное выздоровленіе. Болѣзнь предпочитаетъ мужчины. Авторъ приводитъ нѣсколько своихъ наблюденій данной болѣзни и полагаетъ, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ салътаторныя судорги служатъ проявленіемъ истеріи.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Babinski**, Истерическая офталмическая мигрень (*De la migraine ophthalmique hysterique, Archives de Neurologie, N° 60*).

Нѣкоторые авторы ставили въ связь офталмическую мигрень съ эпилепсіей, прогрессивнымъ параличомъ и проч. Авторъ полагаетъ, что, за исключеніемъ другихъ комбинацій, офталмическая мигрень можетъ появляться при истеріи, или, болѣе обще, при нервной дегенераціи и артритизмѣ. Въ доказательство появленія офталмической мигрени при истеріи авторъ приводитъ нѣсколько собственныхъ клиническихъ наблюденій.

*М. Н. Поповъ.*

**D-r Debove**, Истерія симулирующая Сиденгамовскую хорею (*De l' hysterie simulant la chorée de Sydenham, Journal des connaissances medicales, 1890, 49*).

Истерія симулируетъ очень многія нервныя пораженія, какъ: *paralysis agitans*, *sclerosis disseminata* и проч. Въ нѣкоторыхъ, правда, рѣдкихъ случаяхъ она можетъ симулировать и Сиденгамовскую хорею. Такой случай приводитъ авторъ, при чемъ дѣло идетъ о мужчинѣ 21 г. Принимая во вниманіе, что при надавливаніи въ области яичниковъ у женщинъ иногда получается прекращеніе истерическихъ приступовъ, авторъ весьма сильно надавилъ кулаками въ соотвѣтственной области у своего больного и получилъ моментально прекращеніе хореическихъ подергиваній. Авторъ полагаетъ, что это была истерія, симулирующая Сиденгамовскую хорею, и такіе случаи, по его мнѣнію, вовсе не рѣдкость.

*М. Н. Поповъ.*

**Prof. Grasset**, О кардіо-васкулярномъ головокруженіи или головокруженіи артеріосклеротиковъ (*Du vertige cardio-vasculaire ou vertige des arterio-scléreux*).

Авторъ дѣлитъ головокруженіе на острое или случайное и на привычное или хроническое. Острое головокруженіе происходитъ

очень часто отъ случайныхъ причинъ, напр. при острыхъ заболѣваніяхъ и проч. Привычное или хроническое головокруженіе можно раздѣлить на три категоріи: эпилептическое, сенсоріальное или Меньеровская болѣзнь и стомакальное или желудочное; къ этой же категоріи должно присоединить кардіо-васкулярное головокруженіе или головокруженіе артеріосклеротиковъ. Это дѣленіе имѣетъ большое значеніе для терапіи, такъ какъ одно леченіе при эпилептическомъ головокруженіи, другое при другихъ. При артеріосклерозѣ наблюдается: головокруженіе простое и головокруженіе съ эпилептиформенными или обморочными приступами. Авторъ приводитъ случай, въ которомъ обычно пульсъ былъ 25—30'; отъ времени до времени пульсъ замедлялся еще и тогда наступали обморочные приступы. По мнѣнію автора, это состояніе обуславливается артеріосклерозомъ продолговатаго мозга. Артеріосклерозу предшествуетъ гипертензія сосудовъ, которая можетъ быть парализована систематическимъ весьма продолжительнымъ употребленіемъ іодистыхъ препаратовъ и аминитрита.

*В. А. Тихомировъ.*

**D-r Targowla,** Интракортикальныя нервныя волокна мозга въ общемъ параличѣ и деменціи (*Essai sur les fibres nerveuses infracorticales du cerveau dans la paralysie generale et dans la demence*).

На основаніи своихъ изслѣдованій, авторъ полагаетъ, что во всѣхъ слояхъ сѣраго вещества мозга имѣются нервныя волокна съ миелиномъ, поперечнаго направленія, точная топографія которыхъ еще не описана. Эти нервныя интракортикальныя волокна исчезаютъ, болѣе или менѣе вполнѣ, при нѣкоторыхъ душевныхъ заболѣваніяхъ, въ особенности же въ прогрессивномъ параличѣ и въ деменціи. Переднія области мозга чаще поражаются нежели остальные. Въ настоящее время еще затруднительно опредѣлять связь этого пораженія съ пораженіями сосудовъ, нервныхъ клѣтокъ, нейроглии и оболочекъ, находящимися при душевныхъ болѣзняхъ. Съ клинической точки зрѣнія этотъ трудъ доказываетъ, что исчезновеніе интракортикальныхъ волоконъ явленіе постоянное во всѣхъ случаяхъ деменціи, паралитической, или непаралитической.

*М. Н. Поповъ.*

**D-r Boullouche,** Параличъ, слѣдующій за отравленіемъ угольнымъ газомъ (*Des paralysies consecutives à l'empoisonnement par la vapeur de charbon*, Archives de Neurologie, vol. XX, p. 212, 1890).

Интоксикація угольнымъ газомъ, появляющаяся при столь многихъ условіяхъ, бываетъ двухъ родовъ: острая и хроническая. Какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ въ концѣ концовъ могутъ явиться парезы и параличи, какъ цѣлыхъ конечностей, такъ и отдѣльныхъ мышечныхъ группъ. Сначала поражаются разгибатели, какъ при алкогольномъ отравленіи, и уже впоследствии сгибатели. При хроническомъ отравленіи окисью углерода параличи вообще бываютъ скороходящими и исчезаютъ тотъ часъ, какъ только удаляется вредная причина; въ острыхъ случаяхъ они бываютъ уже болѣе продолжительны. Параличи обыкновенно наступаютъ не тотъ часъ послѣ асфиктического припадка, а обыкновенно черезъ нѣсколько дней или недѣль. Чаще всего въ этихъ случаяхъ наблюдаются гемиплегіи. Анестезія пораженныхъ конечностей, особенно при гемиплегіи, бываетъ обыкновеннымъ явленіемъ. Она занимаетъ или всю половину тѣла, или же распространяется по холу



нервовъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда поражается отдѣльная группа мышцъ, чувствительность обыкновенно сохраняется. Нарушеніе питанія пораженныхъ частей происходитъ очень часто, особенно, если параличи существуютъ очень долго. Больше всего вовлекается въ страданіе кожа: она часто измѣняется въ цвѣтъ и покрывается различными сыпями: herpes, pemphigus и проч. Теченіе параличей вообще благопріятное и почти всегда оканчивается полнымъ выздоровленіемъ. Даже гемиплегія съ полной потерей чувствительности даетъ, какъ правило, хорошій исходъ. Безнадежно положеніе только тогда, когда существуетъ параличъ всего тѣла. Патологическая анатомія этихъ поражений мало изслѣдована и не даетъ ясныхъ указаній. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдали измѣненія въ нервахъ, главнымъ образомъ, паренхиматозные невриты. Авторъ, въ концѣ концовъ, приходитъ къ тому заключенію, что параличи, по всей вѣроятности, есть ничто иное, какъ проявленіе истеріи, а coma, наблюдающаяся въ началѣ, составляетъ разновидность истерической апоплексіи, такъ какъ извѣстно, что окись углерода можетъ произвести истерію у субъектовъ, предрасположенныхъ къ ней.

М. Н. Поповъ.

**Prof. Grasset,** Tic и дрожаніе членовъ лѣвой стороны тѣла (*Leçons sur un cas de maladie des tics et un cas de tremblement singulier de la tête et des membres gauches*, Archives de Neurologie, vol. XX, p. 187, 1890 г.).

Во своей лекціи проф. Grasset разбираетъ случай съ истерическимъ дрожаніемъ головы и лѣвыхъ конечностей. Больная, которая подвергалась его изслѣдованію, имѣла отъ роду 31 годъ, безъ рѣзкаго наследственнаго предрасположенія, въ періодъ полового созрѣванія страдала головными болями, перенесла гемипарезъ лѣвой стороны съ параличемъ n. facialis. Настоящимъ недугомъ больная страдаетъ уже три года. Дрожаніе сосредоточивается главнымъ образомъ въ головѣ, въ лѣвой рукѣ и слабѣе въ лѣвой ногѣ, носитъ ритмичный характеръ, при чемъ голова колеблется въ вертикальномъ положеніи, какъ при *paralys. agitans*. При полномъ покоѣ дрожательныя движенія отсутствуютъ. Походка невѣрная, дрожащая, чувствительность сохранена, за исключеніемъ анестезіи *pharynx*.

Авторъ исключаетъ злѣйс ритмическую хорею на томъ основаніи, что при послѣдней колебанія имѣютъ очень большую амплитуду. Отъ *paralysis agitans* эти дрожательныя движенія отличаются тѣмъ, что не уменьшаются при произвольныхъ актахъ движенія, а напротивъ, увеличиваются, и вовсе не имѣютъ другихъ характерныхъ признаковъ, какъ-то: шевеленіе пальцами на подолбѣ свертыванія папиросъ, характернаго положенія тѣла и проч. *Sclérose en plaque* исключается на томъ основаніи, что повторное движеніе хотя и усиливаетъ колебаніе конечности, однако актъ совершенія произвольнаго движенія все-таки возможенъ. Въ концѣ концовъ авторъ приходитъ къ тому заключенію, что дрожаніе зависитъ исключительно отъ истеріи. На это указываютъ слѣдующіе факты: анестезія *pharynx*, истерическій характеръ, уменьшенное количество мочевины и фосфатовъ, тогда какъ при хронической хорей оно остается безъ измѣненія, а при *paralys. agitans* даже увеличивается. По классификаціи *Pitres*'а, означенныя колебанія

относятся къ вибраціоннымъ (vibratoire) движеніямъ у истеричныхъ и болѣе всего сходны съ старческимъ дрожаніемъ. (192 колебанія въ 1'). Остальные симптомы, какъ то: затрудненіе рѣчи, шаткая походка съ умѣреннымъ наклоненіемъ на лѣвый бокъ, уменьшеніе остроты зрѣнія лѣваго глаза, расширеніе венъ глазнаго дна, обезцвѣчиваніе рp. n. optic., обильная саливація по ночамъ заставляютъ подозревать присутствіе склеротической бляшки въ meso-cerphalus (protubérance ou pedoncle droit). Prognosis—dulia. Лечение антиpyrin'омъ по 5 grm. въ сутки ослабило нѣсколько дрожанія, такъ что больная могла ходить безъ поддержки.

*М. Н. Поповъ.*

**D-r Boeck et Verhoogen**, Исслѣдованіе церебральной циркуляціи (Contribution a l'étude de la circulation cérébrale, Bulet. sociét. med. ment. Belgique, 1890, № 59).

Авторы, на основаніи своихъ изслѣдованій, приходятъ къ тому выводу, что церебральная циркуляція состоитъ изъ двухъ системъ кортикальной или периферической и гангліонарной или центральной, при чемъ обѣ эти системы совершенно независимы другъ отъ друга.

*В. А. Т.*

**D-r Boeck**, Удаленіе мозговыхъ полушарій у голубя (Ablation des hemispheres cerebraux chez le pigeon, Bullet. société med. ment., 1890. 59).

Авторъ на голубѣ провѣрялъ экспериментъ Мунк'а съ удаленіемъ полушарій, при чемъ обратилъ вниманіе въ особенности на зрительныя доли ихъ. При этомъ у голубя наступала психическая слѣпота, длившаяся очень долго; но за симъ голубь, путемъ упражненія или приспособленія сосѣднихъ незанятыхъ нервныхъ клѣтокъ, вновь получилъ зрительную способность.

*В. А. Т.*

**D-r Guinon**, О complicacii при сѣдалищной нейралгii (Sur une complication peu connue de la sciaticque, Archives de Neurologie, vol XX, p. 145, 1890).

Въ своей статьѣ авторъ указываетъ на не особенно рѣдко встрѣчающееся, но въ сущности мало изслѣдованное, осложненіе сѣдалищной боли, заключающееся въ амiotрофическомъ параличѣ въ области n. popliteus externus. Онъ говоритъ, что до сихъ поръ были извѣстны и подробно описаны только тѣ случаи подобнаго рода, которые наблюдались у женщинъ, перенесшихъ трудные роды, особенно при помощи наложенія щипцовъ, словомъ при травматическомъ поврежденіи нервного ствола у самаго начала въ тазу. Авторъ приводитъ 5 собственныхъ наблюденій, гдѣ сѣдалищная боль осложнялась нарушеніемъ способности движенія и потерей чувствительности въ области n. popliteus externus, и гдѣ въ то же время нельзя было предположить травматическаго поврежденія. На этомъ основаніи авторъ отказывается отъ теоріи травматическаго происхожденія подобныхъ осложненій и возвращается къ старому объясненію, именно: къ преобладанію невритовъ въ разгибателяхъ. Предсказаніе этихъ поражений неблагоприятно, вслѣдствіе присутствія невритовъ и дегенеративной атрофіи мускуловъ.

*М. Н. Поповъ.*

**D-r Dagonet**, Клиническіе очерки бреда преслѣдованія (Etude clinique sur le délire de persecution, *Annal. medicopsychol.*, 1890, 5—61.

Бредъ преслѣдованія въ нѣкоторыхъ случаяхъ составляетъ какъ бы отдѣльную форму заболѣванія, имѣющую свои спеціальныя черты и точно систематизированныя идеи; но въ большинствѣ случаевъ является ассоціированнымъ съ другими формами душевнаго заболѣванія. Бредъ самъ по себѣ не составляетъ патологическаго состоянія. Душевные болѣзни представляютъ двоякое проявленіе: въ однихъ случаяхъ логическаго проявленія ассоціацій вовсе не наблюдается,—въ другихъ же случаяхъ эти ассоціаціи существуютъ, но имѣютъ множество ложныхъ посылокъ и потому болѣзненно неправильны.

*В. А. Тихомировъ.*

**D-r Smith**, Измѣненіе крови и мочи у душевно-больныхъ (An inquiry into the Blood and Urine of the Insane, *The Journal of mental science*, 1890, 4).

Авторъ доказываетъ, что кровь душевно-больныхъ представляетъ измѣненія сравнительно съ кровью людей здоровыхъ. Это доказывается прежде всего фактами жизни больныхъ. Мы почти постоянно наблюдаемъ у душевно-больныхъ диспепсію, страданія печени, кишечника и проч., что разумѣется не можетъ не отразиться на количествѣ крови и питаніи больныхъ. Далѣе, обильные потоы прогрессивныхъ паралитиковъ, быстрое заживленіе ранъ и особенный запахъ пота эпилептиковъ, опять таки указываютъ на особенности состава ихъ крови. Но простое предположеніе не есть еще доказательство и авторъ для доказательства обращается къ объективнымъ изслѣдованіямъ. На основаніи своихъ изслѣдованій авторъ приходитъ къ выводу, что количество гемоглобина у душевно-больныхъ вообще уменьшено, при чемъ наибольшій недостатокъ получается во вторичной деменціи,—между меланхоліей, эпилепсіей и прогрессивнымъ параличемъ особенной разницы нѣтъ, хотя въ періодъ возбужденія при послѣдней болѣзни процентъ гемоглобина подымается. Количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ у душевно-больныхъ ниже, чѣмъ у душевно-здоровыхъ,—наименьшее количество ихъ при вторичной деменціи. Удѣльный вѣсъ крови душевно-больныхъ, не смотря на уменьшенное количество гемоглобина и красныхъ кровяныхъ шариковъ, сравнительно съ здоровыми людьми, больше, слѣдовательно плазма крови душевно-больныхъ густа,—наиболѣе же густа при вторичной деменціи. Кровь эпилептиковъ становится болѣе густою тяжелою во время приступовъ. Изслѣдованія мочи душевно-больныхъ показали, что количество ея при прогрессивномъ параличѣ наибольшее, выше нормы,—наименьшее же при вторичномъ слабоуміи; плотныхъ чзстей мочи больше при прогрессивномъ параличѣ, наименьше при вторичномъ слабоуміи. Количество мочевины у душевно-больныхъ почти тоже, что и у здоровыхъ людей,—мочевая же кислота появляется у душевно-больныхъ въ большемъ количествѣ. Креатинина у паралитиковъ и деменсовъ больше, чѣмъ у нормальныхъ людей. У эпилептиковъ, повидимому, бываетъ увеличено количество фосфорной кислоты.

*Н. И. Мухинъ.*

**D-r Diller**, Typhomania, The Alienist and Neurologist. 1890; 4, Подъ именемъ тифоманіи авторъ описываетъ болѣзнь, извѣстную уже давно подъ именемъ delirium acutum и delirium grave. Болѣзнь эта является на почвѣ крайняго физическаго и психическаго истощенія и очень походитъ на заболѣваніе пуэрперальнаго состоянія, послѣ травмы и проч. *Н. И. Мухинъ.*

**D-r Irving Rosse**, Клиническіе факты пограничныхъ душевныхъ заболѣваній (Clinical evidences of borderland insanity. The Journal of Nervous and ment. dis. 1890, № 10).

Всѣмъ извѣстно, что существуетъ нормальное душевное состояніе и патологическое душевное состояніе, но провести пограничную черту между ними весьма трудно. Задача клиники и состоитъ въ томъ, чтобы фактами по мѣрѣ возможности опредѣлить эту границу. Авторъ приводитъ цѣлый рядъ клиническихъ фактовъ этого рода. Всѣ эти случаи имѣли въ основѣ своей или унаслѣдованную неустойчивость нервной системы, или благопріобрѣтенную путемъ усиленныхъ занятій и перетомленія. Первые случаи преимущественно относятся къ области folie du doute, или folie du toucher, а также проявляли импульсивныя стремленія къ самоубійству, убійству и проч. Вторая категорія случаевъ преимущественно проявляла бессонницу, утомляемость и страхъ предъ возможностью сойти съ ума. *А. П. А.*

**D-r Chafmers da Costa**, Случай офтальмической мигрени (A case of ophthalmic migraine, The Journal of Nervous and mental Disease, 1890).

Авторъ описываетъ случай мигрени, сопровождавшейся паретическими явленіями въ области черепныхъ нервовъ.

*Н. И. Мухинъ.*

**Prof. Russel Reynolds**, Къ клинической исторіи Базедовой болѣзни (A contribution to the clinical history of Graves disease, The Lancet, 1890).

Авторъ за послѣднее время наблюдалъ 49 случаевъ Базедовой болѣзни, изъ которыхъ 48 пало на долю женщинъ и 1 былъ мужчина. По возрасту дѣлились: 12 отъ 10 до 20, 15 отъ 20 до 30, 10 отъ 30 до 40, 7 отъ 40 до 50 и 4 отъ 50 до 60. Изъ симптомовъ наиболее рѣзко выраженные касались кровеносной системы. Почти всѣ случаи начинались разстройствомъ сердечной дѣятельности, при чемъ на первомъ планѣ стояло сердцебіеніе какъ субъективное, такъ и объективное, пульсъ отъ 98 до 160 въ 1'. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сердечный толчекъ бывалъ настолько силенъ, что заставлялъ вздрагивать всю грудь и даже все тѣло. Часто наблюдалось біеніе сосудовъ шеи, висковъ, брюшной аорты, конечностей и проч. Больные испытываютъ мучительное ощущеніе шумовъ въ ушахъ, головокруженіе и проч. Къ этому присоединяются тошнота, рвота, отрыжка, урчанье и проч. При выслушиваніи очень часты шумы въ артеріяхъ и венахъ. Exophthalmus отсутствовалъ только шесть разъ, хотя степень его проявленія далеко неодинакова. Изъ 43 случаевъ офтальмоскопія дала въ 40 случаяхъ блѣдность глазного дна и 3 гиперемію его. Зобъ наблюдался почти во всѣхъ случаяхъ, при чемъ величина его была не постоянна и стояла въ прямомъ соотвѣтствіи съ колебаніями въ области кро-

всѣхъ случаяхъ обнаруживался цѣлый рядъ нервныхъ разстройствъ, куда относились: истерическіе симптомы, особенно въ видѣ измѣнчивости характера,—въ психической области: подавленное настроеніе духа, доходящее иногда до меланхоліи и чередующееся съ состояніемъ возбужденія,—въ нѣкоторыхъ случаяхъ: капризы, лживость, раздражительность, бессонница, кожные ощущенія, бредъ и состояніе близкое къ маніи. Часто наблюдалось состояніе «Витовой пляски идей»: начиная думать объ одномъ, больной перескакиваетъ на другое, третье и за тѣмъ бросаетъ свою попытку. Часто наблюдаются головныя боли, головокруженіе и качественныя разстройства въ области органовъ чувствъ. Въ области движенія: ударъ, полергиванія, хореическія движенія верхнихъ и нижнихъ конечностей, судорги экламптическія и эпилептическія и парезъ конечностей. Въ общемъ состояніи организма малокровіе, диспепсія, легкая временная альбуминурия, иногда временное увеличеніе щелочныхъ фосфорнокислыхъ и мочекислыхъ солей въ мочѣ, слабость, утомленность, зябкость и быстрая заболѣваемость. При леченіи авторъ назначалъ сочетаніе іода, брома и желѣза.

А. П. Драгомановъ.

**D-r Cheadle**, Базелова болѣзнь (Exophthalmic goitre, The British medical Journal, 1890).

Авторъ наблюдалъ 18 случаевъ Базеловой болѣзни и поражается тѣмъ, что женщины несравненно чаще заболѣваютъ, чѣмъ мужчины. Однимъ изъ упорныхъ и опасныхъ признаковъ при этой болѣзни является рвота и поносъ, доводящіе иногда больного до смерти, при чемъ вскрытіе ни чѣмъ не доказываетъ существованія этихъ признаковъ. При леченіи въ начальныхъ періодахъ авторъ рекомендуетъ абсолютный покой, наперстянку и красавку,—въ болѣе сильно выраженныхъ случаяхъ постоянный токъ и іодную настойку, при чемъ послѣдняя назначается въ большихъ дозахъ.

А. П. Драгомановъ.

**A. Bennet**, Душевные болѣзни и страданіе почекъ (Insanity as a symptom of Bright's disease, The Alienist and Neurologist, 1890, 4).

Страданіе почекъ и уремическія заболѣванія при душевныхъ болѣзняхъ явленіе весьма частое. Проявленія душевной дѣятельности, обуславливаемые ядомъ, развивающимся подъ вліяніемъ почечнаго страданія, бываютъ очень разнообразны,—но чаще всего вызываютъ явленія подавленности, тоски состоянія возбужденія съ бредомъ отрицательнаго содержанія, доходящее иногда до delirium gravis, или, какъ его нѣкоторые называютъ, „тифоманіи“. Авторъ полагаетъ что во многихъ случаяхъ Брайтова болѣзнь служитъ причиною возникновенія меланхоліи; если же меланхолія имѣетъ основаніемъ своимъ не эту болѣзнь, то какую—нибудь другую физическую болѣзнь.

А. П. Драгомановъ.

**D-r Clevenger**, Сердечныя болѣзни при психозахъ (Heart Disease in Insanity, The Alienist and Neurologist, 1890, 4).

Сердечныя заболѣванія не служатъ, или по крайней мѣрѣ весьма рѣдко бываютъ единственною причиною душевнаго заболѣванія. Вліяніе это проявляется только въ колебаніи въ кровоснабженіи мозга. Функциональныя сердечныя заболѣванія при неирозахъ и психозахъ явленіе частое и при продолжительномъ существованіи

можетъ повлечь за собою органическое страданіе сердца. Въ большинствѣ случаевъ какъ функціональныя, такъ и органическія страданія сердца являются только лишь спутникомъ душевнаго заболѣванія, хотя они не остаются безъ вліянія и осложняютъ душевныя заболѣванія служа основаніемъ иллюзій и тоски. У субъектовъ, предрасположенныхъ къ душевнымъ заболѣваніямъ, болѣзнь сердца, если она не уравновѣшена, можетъ служить возбуждающею причиною для душевной болѣзни, такъ какъ измѣняетъ и разстраиваетъ кровоснабженіе внутреннихъ органовъ или мозга.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Draper**, Вліяніе половыхъ излишествъ и онанизма на возникновеніе психозовъ (Subjective Delusions, American Journal of Insamy, 1890, Oct.).

Авторъ на основаніи наблюденій, приходитъ въ выводамъ, что какъ половыя излишества, такъ и онанизмъ могутъ служить причинными моментами въ области психопатологій. Но дѣйствіе ихъ далеко не одинаково. При половыхъ излишествахъ въ организмѣ развивается истощеніе, которое можетъ послужить основой меланхоліи и др. психозовъ на инаниціонной почвѣ. Иначе дѣйствуетъ онанизмъ. Периферическое раздраженіе, отвращеніе къ противоположному полу, тщательное стремленіе къ сокрытію злоупотребленія, опасеніе, чтобы порокъ не сдѣлался общезвѣстнымъ—все это возбуждаетъ въ больномъ недовѣріе, подозрительность, иллюзій и галлюцинаціи однороднаго свойства и бредъ преслѣдованія. Во всемъ этомъ дѣлѣ, по автору, не послѣднюю роль играетъ симпатическая система.

*А. П. Драгомановъ.*

**D-r Keniston**, Analgesia при психозахъ (Analgesia in Insanity, American Journal of Insanity, 1890, Oct.).

Аналгезія при душевныхъ болѣзняхъ явленіе не рѣдкое и можетъ присутствовать при всѣхъ формахъ душевныхъ заболѣваній. Она особенно неудобна въ томъ отношеніи, что при ея присутствіи можетъ развиваться физическая болѣзнь, о которой не будутъ знать ни больной, ни врачъ его лечащій. Причины аналгезіи могутъ быть центральныя, интермедіальныя и периферическія.

*А. П. Драгомановъ.*

## С М Ъ С Ъ.

\* Въ текущемъ году, вѣроятно, будетъ окончена постройка дома умалишенныхъ въ Варшавѣ. Заведеніе строится на 500 больныхъ и будетъ обставлено всѣми современно-научными приспособленіями. Мы надѣемся, что вмѣстѣ съ этимъ оно будетъ служить нуждамъ университетскаго преподаванія и будетъ къ услугамъ профессора психіатріи.

\* Проф Fürstner изъ Heidelberg'a переходитъ на кафедру душевныхъ болѣзней въ Strasburg на мѣсто Jolli, который въ свою очередь перешелъ въ Berlin на мѣсто покойнаго Westphal'a.

\* Бельгійское психіатрическое общество (Société de Medecine mentale de Belgique) назначило премію въ 400 франковъ за сочиненіе по двумъ вопросамъ: 1) изложеніе прогресса терапевтики въ психіатріи и 2) любой вопросъ изъ области нервныхъ и душевныхъ болѣзней по выбору автора.

Каждый изъ конкурирующихъ долженъ дать отвѣтъ на оба вопроса, при чемъ сочиненіе фамилія съ адресомъ, автора посылаются въ отдѣльныхъ запечатанныхъ конвертахъ съ однимъ и тѣмъ же девизомъ. Конвертъ съ фамиліей и адресомъ удостоеннаго преміи автора вскрывается предсѣдателемъ общества въ публичномъ засѣданіи. Если комиссіей по разбору сочиненій будетъ одобрено только сочиненіе по одному изъ вышеуказанныхъ вопросовъ, то авторъ можетъ заявить, чтобы конвертъ съ его фамиліей не вскрывался вовсе. Сочиненія пишутся на французскомъ и фламандскомъ языкѣ и представляются не позже 31 декабря 1891 года на имя секретаря общества: Belgique, Gand, Mr le Dr Morel.

\* *Видѣніе Карла XI.* Считаю своимъ долгомъ сообщить безъ пропусковъ интересную статью, которую мы заимствуемъ изъ „Journal des Debats“ (1888). Она содержитъ историческій документъ высокаго интереса и, если ея подлинность будетъ доказана, представляетъ самый любопытный случай галлюцинаціи, какой только извѣстенъ наукѣ:

„Всѣмъ знакомъ разсказъ про Merimée, носящій такое же заглавіе, о пророческомъ видѣніи Шведскаго короля Карла XI относительно судьбы своего пятаго потомка Густава III дома Гольштейнъ-Готторгъ, умерщвленнаго въ 1712 году Анкорштрёмомъ.

„Я, Карлъ XI, король шведскій, въ ночь съ 16 на 17 сентября 1676 года болѣе обыкновеннаго страдаю тоской. Я проснулся въ 11 часовъ и, направивъ случайно взглядъ на окно, замѣтилъ сильный свѣтъ въ залѣ Сейма. Я сказалъ находившемуся въ моей комнатѣ канцлеру Біэльке: „что означаетъ свѣтъ въ залѣ Сейма? мнѣ кажется тамъ пожаръ“. Но онъ отвѣтилъ: „о нѣтъ, Ваше Величество, это блескъ луны, отражающейся въ окнахъ“. Я остался доволенъ этимъ отвѣтомъ и повернулся къ стѣнѣ, чтобы

отдохнуть; но мною овладѣло сильное безпокойство, я снова повернулся и опять увидѣлъ блескъ стеколъ. Я сказалъ тогда: „не можетъ быть, чтобы все было въ порядкѣ“. Мой дорогой канцлеръ возразилъ: „да это ничто иное какъ луна“. Въ эту же минуту вошелъ совѣтникъ Бізльке, чтобы освѣдомиться о моемъ здоровьѣ. Я спросилъ у этого прекраснаго человѣка, не знаетъ ли онъ, что случилось или не вспыхнулъ ли пожаръ въ залѣ Сейма. Онъ отвѣтилъ мнѣ послѣ непродолжительнаго молчанія: „Слава Богу нѣтъ ничего, это отблескъ луны, который заставляетъ думать, что въ залѣ Сейма есть свѣтъ“. Я немного успокоился, но взглянувъ снова по направленію къ залу, мнѣ показалось, что тамъ были люди. Я всталъ, надѣлъ халатъ, открылъ окно и увидѣлъ, что въ залѣ Сейма множество огней. Я сказалъ тогда: „Милостивые Государи, это не въ порядкѣ вещей. Вы знаете, что тому кто боится Бога, нечего бояться чего бы то ни было, а потому я хочу идти туда, чтобы узнать въ чемъ дѣло“.

„Я приказалъ присутствующимъ пойти за вагенмейстеромъ, чтобы онъ принесъ ключи. Когда онъ пришелъ, я направился къ потайному ходу, который находится надъ моей комнатою, вправо отъ спальни Густава Эриксона. Прийдя туда я велѣлъ вагенмейстеру открыть дверь, но онъ изъ боязни просилъ меня сдѣлать ему милость и избавить его отъ этого. Я просилъ тогда канцлера, но и онъ отказался. Тогда я попросилъ совѣтника Оссенстіерно, который никогда ничего не боялся, но онъ отвѣтилъ: „я клялся защищать тѣломъ и кровью, Ваше Величество, но не клялся отворять эту дверь“. Тогда я и самъ смѣшался; но, ободривъ себя, взялъ ключи, отперъ дверь и замѣтилъ, что все находившееся въ проходѣ было обтянуто чернымъ, даже паркетъ. Я и вся компанія—дрожали. Мы направились къ дверямъ Сейма. Снова я приказалъ вагенмейстеру открыть дверь, но опять онъ испросилъ милости избавить его отъ этого, тогда я попросилъ всѣхъ, кто меня сопровождалъ, но и они просили позволенія не исполнить моего приказанія. Я взялъ ключи, отворилъ дверь и хотѣлъ вступить въ залъ, тотчасъ отдернулъ ногу назадъ, сильно смутившись. Одно мгновеніе я колебался, потомъ сказалъ: „Милостивые Государи, если вы желаете слѣдовать за мною, то мы увидимъ, что здѣсь происходитъ; можетъ быть Богъ хочетъ намъ открыть что нибудь“. „Дрожащимъ голосомъ они мнѣ отвѣтили „да“ и мы вошли. Мы увидѣли большой столъ, вокругъ котораго сидѣло шестнадцать человѣкъ зрѣлаго возраста и почтеннаго вида, передъ каждымъ лежала большая книга, а посреди ихъ находился молодой король шестнадцати, семнадцати или восемнадцати лѣтъ, съ короной на головѣ и со скипетромъ въ рукахъ. По его правую руку сидѣлъ знатный господинъ высокаго роста, съ красивымъ лицомъ, приблизительно сорока лѣтъ; лице его выражало честность; рядомъ съ нимъ сидѣлъ семидесятилѣтній старикъ. Я замѣтилъ, что молодой король нѣсколько покачалъ головой, между тѣмъ какъ окружавшіе его люди ударили рукой по большимъ книгамъ, которыя лежали передъ ними. Отвернувшись, я увидѣлъ около стола плахи и палачей, которые засучивъ рукава отсѣкали одну голову за другой, до того, что кровь потекла по полу. Пусть Богъ будетъ свидѣлемъ, что я ощущалъ болѣе тѣмъ страхъ. Я посмотрѣлъ на свои



туфли, не дотекла-ли кровь до нихъ, но этого не было. Обезглавливали большею частью знатную молодежь. Я отвелъ глаза и увидѣлъ въ углу полуопрокинутый тронъ, а рядомъ съ нимъ стоялъ, повидимому, регентъ; ему было приблизительно сорокъ лѣтъ. Я дрожалъ и, возвращаясь къ дверямъ закричалъ: „Гдѣ голосъ свине, который я долженъ услышать? о Боже, когда все это случится“?

Отвѣта не было, но молодой король покачалъ нѣсколько разъ головой; между тѣмъ какъ окружавшіе его еще сильнѣе ударили по книгамъ. Я еще громче закричалъ: „Скажи намъ, о Боже, какъ мы тогда должны будемъ вести себя“. Тогда молодой король мнѣ отвѣтилъ: „Этого не случится въ твое время, а при шестомъ, послѣ тебя королѣ, котораго возрастъ и лице будутъ тѣ же, что у меня, а вотъ тотъ—изображаетъ тебѣ его опекуна; тронъ будетъ почти опрокинутъ въ послѣдніе годы его опекунства (регентства) нѣсколькими молодыми, знатными людьми; но тогда опекунъ, который передъ этимъ преслѣдовалъ молодого короля, примется серьезно за свои обязанности; онъ на столько упрочитъ тронъ, что не будетъ короля въ Швеціи, ни до, ни послѣ, который бы превзошелъ его и шведскій народъ будетъ счастливъ подъ его скипетромъ; этотъ король доживетъ до невѣроятной старости и оставитъ страну безъ долговъ съ нѣсколькими милліонами въ казнѣ. Но прежде чѣмъ онъ утвердится на тронѣ, потекутъ потоки крови, какихъ не было и не будетъ въ Швеціи“.

Когда онъ это сказалъ, все исчезло и въ залѣ остались только мы со свѣчами. Мы удалились глубоко пораженные, и, проходя черезъ комнату обтанутую чернымъ, замѣтили, что все тамъ въ должномъ порядкѣ. Вернувшись въ свою комнату, я сейчасъ-же сѣлъ записать это предзнаменованіе, какъ умѣлъ. Все это правда. Я эта подтверждаю своею клятвою и беру Бога во свидѣтели.

Карлъ XI, царствующій король Швеціи.

Въ качествѣ свидѣтелей, бывшихъ на мѣстѣ происшествія, мы видѣли все такъ, какъ Его Величество описалъ и подтверждаемъ его рассказъ нашею клятвою, въ чемъ призываемъ Бога во свидѣтели: Карлъ Біэлье, канцлеръ; Н. В. Біэлье, совѣтникъ; А. Оссе-нотьерна—совѣтникъ; Петръ Грауслейнъ, вице-вагенмейстеръ“.

## Редакціей получены слѣдующія книги:

Prof. Babinski, De la migraine ophthalmique hysterique, 1890.  
 D-г А. А. Токарскій, Терапевтическое примѣненіе гипнотизма.  
 Проф. В. М. Бехтеревъ, Ueber die verschiedenen Lagen und Dimensionen der Pyramidenbahnen beim Menschen und den Thieren und über das Vorkommen von Fasern in denselben, welche sich durch eine frühere Entwicklung auszeichnen.—D-г И. И. Реформатскій, Общій обзоръ эпидеміи злой корчи въ Вятской губерніи въ 1889—90 г.—D-г Roubinovitch, Hysterie mâle et dégénérescence, 1890.—Prof. Berillon, Les indications formelles de la suggestion hypnotique en psychiatrie et en neuropathologie, 1891.—D-г Agostini, Sulle variazioni della sensibilita generale, sensoriale e riflessa negli epilettici, 1890.—Prof. Eulenburg, Grundzüge einer klinischen Semiotik und Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten, 1890.—Медицинскій Сборникъ Варшавскаго Уяздовскаго госпиталя, III, 3.—D-г Mason, A study of the social statistics of 4,663 cases of alcoholic Inebriety.—M-г Mason, An adress of the 20 Anniversary of the American Association for the study and Cure of Inebriety, 1891.—D-г Евграфовъ, Сводъ данныхъ объ умалишенныхъ пензенской губерніи.—D-г Евграфовъ, Отчетъ по пензенскому дому умалишенныхъ за 1889 г.—D-г Яцута, Къ вопросу о вліяніи возраста на всасываніе нѣкоторыхъ лекарственныхъ веществъ изъ желудка, 1890.—D-г Бартелимихъ, Медицинскій отчетъ за 1889 г. по лечебницѣ душевно-больныхъ тамбовскаго земства, 1890 г.—D-г Я. В. Гиршсонъ, Къ вопросу о положеніи душевно-больныхъ.—D-г Снабичевскій, Къ вопросу объ иннерваціи мочевого пузыря, 1890.—Проф. Я. С. Креминскій, Карманные обеззараживающіе приборы для дыханія и куренія табаку съ гигиеническими и терапевтическими цѣлями, 1890.—D-г А. Ф. Мальцевъ, Обзоръ дѣятельности Полтавской губернской Земской лечебницы для душевно-больныхъ за 1887—1888 гг.—Проф. Н. Ковалевскій, Ueber die Veränderungen der rothen Blutkörperchen unter dem Einfluss von Saltzen, die das Hämoglobin entziehen.—Проф. Н. О. Ковалевскій, Обь отношеніи молока къ гваяковой смолѣ.—D-г P. Tarnowsky, Etude antropometrique sur les prostitués et les voleuses, 1889.—D-г L. Mason, An adress delivered by D-r Lewis D. Mason.—D-г Mason, The Control and care of Pauper Inebriates of towns and cities.—Проф. Н. К. Кульчицкій, Основы практической гистологіи, 1890.—D-г Roscioli, L'antipirina nelle alienazioni mentali, 1889.—Проф. П. И. Морозовъ, Гуманныя требованія войны, 1890.—State of New-York. First annual report of the State Commission in Lunacy, 1889.—Prof. Morselli et Tanzi, Contributo sperimentale allu fisiopsicologia dell ipnotismo.—Проф. А. Х. Кузнецовъ и Ф. Л. Германъ, Influenza, 1890. Протоколы и труды общества Архангельскихъ врачей за 1889 г.—Проф. А. Г. Подрезъ, Обь оперативномъ леченіи бугорчатки суставовъ, 1889.—В. Х. Нандинскій, О псевдо-

галлюцинаціяхъ, 1890.—Д. А. Дриль, Психофизическіе этюды въ ихъ соотношеніи съ преступностью и ихъ разновидностями, 1890.—Д. А. Дриль, Ходъ развитія новыхъ ученій въ уголовной антропологіи, 1889.—Д. А. Дриль, Вопросы уголовной антропологіи и Парижскій уголовно-антропологическій конгрессъ, 1889.—D-r В. X. Кандимскій, О псевдогаллюцинаціяхъ, 1890.—D-r Wright, The Disabilities of Inebriety—an inquiry respecting the nature of drunkenness, and of its responsibilities, 1890.—Д. А. Дриль, Психофизическіе типы въ ихъ соотношеніи съ преступностью и ея разновидностями, 1890.—D-r Belmondo, De alterazioni anatomiche del midolo spinale nella pellagra e loro rapporto coi fatti clinici, 1890.—Проф. В. М. Бехтеревъ, О явленіяхъ, наблюдаемыхъ при разрушеніи различныхъ частей нервной системы у новорожденныхъ животныхъ и о развитіи у нихъ мозговыхъ функций.—D-r D'Abundo, Inversione della reazione pupillare allo stimollo luminoso in un tabetico, 1889.—D-r D'Abundo, Sulla vascolarizzazione cerebrale di alcuni mammiferi in varie epoche della vita embrionale ed extrauterina, 1890.—Prof. Meynert, Gehirn und Gesittung, 1889.—Протоколы и труды общества Архангельскихъ врачей за 1889 г.—И. И. Михалевичъ, Каменецъ-Подольская гимназія.—Проф. Н. М. Поповъ, Объ измѣненіяхъ нервныхъ элементовъ центральной нервной системы при собачьемъ бѣшенствѣ, 1890.—Проф. Н. М. Поповъ, Отчетъ о заграничной командировкѣ на дѣтнее вакаціонное время 1889 г.—D-r А. А. Яковлевъ, Къ вопросу о времени колѣнносухожильнаго рефлекса, 1890.—D-r Н. Н. Филипповъ и М. М. Кузнецовъ, Къ діагностикѣ, патологіи и терапіи забрюшинныхъ опухолей.—Дневникъ общества Казанскихъ врачей, 1890, № 1 и 2.—Проф. А. Д. Чириковъ, Фармакогнозія, изд. 3, 1890.—Проф. А. Д. Чириковъ, Посobie при практическихъ занятіяхъ по общей фармаціи, 1890.—Проф. А. Д. Чириковъ, Программа по фармакогнозіи, 1890.—Prof. Bechterew и Mislowsky, Zur Frage über die Innervation des Magens.—Проф. Бехтеревъ, Случай навязчивыхъ идей, излѣченный самовнушеніями въ начальныхъ періодахъ гипноза.—D-r В. X. Кандимскій, Къ вопросу о невѣняемости. D-r Gallitzine, Ueber das Daltonische Gesetz, 1890. D-r Bremer and Carson, A case of brain tumor causing spastic paralysis and attacks of tonic spasms.—D-r Iegerow, Ueber das Verhältniss des Sympaticus zur Kopfverziehung einiger Vögel. Aus dem pharmacologischen laboratorium von Prof. Johan Dógiel zu Kazan.—Le livret de l'étudiant de Paris, 1890.—Clark University Worcester, Mass., 1890.—D-r А. Черевиковъ, Предупреждающій водобоязнь методъ Пастера. Условія практическаго примѣненія его на станціяхъ.—Prof. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, 4 Aufl., 1890.—Prof. Ball, Les leçons sur les maladies mentales, 2 Edit. 1890.—D-r Preobraschensky, Ueber Athmungscentren in der Hirnrinde.—D-r М. С. Лебедевъ, Очерки изъ исторіи призрѣнія душевно-больныхъ въ Россіи, 1890.—Проф. В. М. Бехтеревъ, Приборы, служащіе къ точному клиническому изслѣдованію колѣнныхъ сухожильныхъ рефлексовъ.—Prof. Bechterew, Ueber die Folgeerscheinung der Zerstörung verschiedener Hirntheile neugeborener Thiere und über die Entwicklung ihrer Hirnfunctionen.—Проф. Н. О. Ковалевскій, Памяти Пуркинѣ, 1890.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1891 ГОДЪ.

ОДИНАДЦАТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНИЯ.

# Ю Ж Н Ы Й К Р А Й

ГАЗЕТА ОБЩЕСТВЕННАЯ, ПОЛИТИЧЕСКАЯ И ЛИТЕРАТУРНАЯ

выходитъ ежеднвно.

ПРОГРАММА ГАЗЕТЫ: I. Правительственныя распоряженія. II. Руководящія статьи по вопросамъ внутренней и внѣшней политики и общественной жизни. III. Обзорѣніе газетъ и журналовъ. IV. Телеграммы спеціальныхъ корреспондентовъ, «Южнаго Края» и Сѣвернаго телеграфнаго агентства. V. Послѣднія извѣстія. VI. Городская и земская хроника. VII. Вѣсти съ Юга: корреспонденціи «Южнаго Края». VIII. Со всѣхъ концовъ Россіи (корреспонденціи «Южнаго Края» и извѣстія другихъ газетъ). IX. Внѣшнія извѣстія: заграничная жизнь, послѣдняя почта. X. Наука и искусство. XI. Фельетонъ: научный, литературный и художественный. Беллетристика. Театръ. Музыка. XII. Судебная хроника. XIII. Критика и библіографія. XIV. Смѣсь. XV. Биржевая хроника и торговый отдѣлъ. XVI. Календарь. XVII. Справочныя свѣдѣнія. Дѣла, назначенныя къ слушанію и резолюціи по нимъ округа Харьковской судебной палаты. XVIII. Стороннія сообщенія. XIX. Объявленія. Редакція имѣетъ собственныхъ корреспондентовъ во многихъ городахъ и торговыхъ пунктахъ Южной Россіи.

Кромѣ того, газета получаетъ постоянныя извѣстія изъ Петербурга и Москвы.

## ПОДПИСНАЯ ЦѢНА.

	На годъ.	На 6 мѣс.	На 3 мѣс.	На 1 мѣс.
Безъ доставки . . .	10 р. 50 к.	6 р. — к.	3 р. 50 к.	1 р. 20 к.
Съ доставкою . . .	12 » — »	7 » — »	4 » — »	1 » 40 »
Съ пер. иногороднимъ	12 » 50 »	7 » 50 »	4 » 50 »	1 » 60 »

*Допускается разсрочка платежа за годовой экземпляръ по соглашенію съ редакціей.*

Подписка и объявленія принимаются въ Харьковѣ—въ главной конторѣ газеты «Южный Край», на Николаевской площади, въ домѣ Питры.

Редакторъ—издатель А. А. Іозефовичъ.

---

## ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

### Медицинскія прибавленія къ МОРСКОМУ СБОРНИКУ,

будетъ выходить и въ 1891 году книжками отъ 4 до 6 листовъ.

Журналъ посвященъ по преимуществу разработкѣ вопросовъ, имѣющихъ отношеніе къ санитарному состоянію Флота. Достаточно отведено также мѣста и вопросамъ общей и практической медицины.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ главномъ Адмиралтействѣ, въ Управленіи Главнаго Медицинскаго Инспектора Флота.

Цѣна за годовое изданіе 4 руб. съ пересылкою.

О всякой книгѣ, присланной въ Редакцію, дѣлается безплатно: объявленіе въ слѣдующемъ № журнала.

Завѣдующій Редакціей М. Перфильевъ.

второго прорѣзыванія зубовъ съ заболѣваніями въ болѣе позднемъ дѣтскомъ возрастѣ, 181. *Dr. Raymond*, Отношеніе альбуминури къ психозамъ, 133. *Dr. Cuylitis*, Переутомленіе и паралитическое сумасшествіе, 133. *Dr. Magnan*, Интермитирующія умопомѣшательства, 133. *Prof. Ladame*, Folie du doute et delire du touché, 134. *Dr. Brissaud*, Сальтаторныя судорги и ихъ отношеніе къ истеріи, 134. *Prof. Babinski*, Истерическая офтальмическая мигрень, 135. *Dr. Debove*, Истерія симулирующая Сиденгамовскую хорею, 135. *Prof. Grasset*, О кардіо-васкулярномъ головокруженіи или головокруженіи артеріосклеротиковъ, 135. *Dr. Pargowla*, Интракортикальныя нервныя волокна мозга въ общемъ параличѣ, 136. *Dr. Bouilloche*, Параличъ слѣдующій за отравленіемъ угольнымъ газомъ, 136. *Prof. Grasset*, Тис и дрожаніе членовъ лѣвой стороны тѣла, 137. *Dr. Boeck et Verhoogen*, Исслѣдованіе церебральной циркуляціи, 138. *Dr. Boeck*, Удаленіе мозговыхъ полушарій у голубя, 138. *Dr. Guinon*, О complicacіи при сѣдалищной нейралгіи, 138. *Dr. Dagonet*, Клиническія очерки бреда преслѣдованія, 139. *Dr. Smith*, Измѣненіе крови и мочи у душевно больныхъ, 139. *Dr. Diler*, Typhomania, 140. *Dr. Irving Rosse*, Клиническія факты пограничныхъ душевныхъ заболѣваній, 140. *Chalmers da Costa*, Случай офтальмической мигрени, 140. *Prof. Russel Reynolds*, Къ клинической исторіи Базедовой болѣзни, 140. *Dr. Cheadle*, Базедова болѣзнь, 141. *A. Bennet*, Душевные болѣзни и страданіе почекъ, 141. *Dr. Clevenge*, Сердечныя болѣзни при психозахъ, 141. *Dr. Draper*, Вліяніе половыхъ излившествъ и онанизма на возникновеніе психозовъ, 142. *Dr. Keniston*, Analgesia при психозахъ, 142. Смѣсь, 144.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ на 1891 г.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ РОССІЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

Журналъ будетъ выходить 4 раза въ годъ.

Цѣна съ пересылкой 3 рубля.

Подписка принимается въ редакціи журнала, въ С.-Петербургѣ.

Редакторъ, докторъ К. І. ЗМИГРАДСКІЙ.

Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи“.

Ново-Чернышевская № 1.

**МОЖНО ИМѢТЬ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:**

Проф. П. И. Ковалевскій, *Леченіе душевныхъ и нервныхъ больныхъ*. Изд. 2-е. 1889. Ц. 2 р.

*Эпилепсія*, 1889. Ц. 1 р.

*Хорезъ и хорезическое сумашествіе*, 1890. Ц. 50 к.

*Пьянство, его причины и леченіе*. Изд. 2, 1889. Ц. 50 к.

*Основы механизма душевной дѣят.* Изд. 2-е исправл. и дополн. Ц. 1 р.

*Положеніе душевно-больныхъ въ Россійской Имперіи*. Ц. 50 к.

*Психіатрія*, 2 т. I-й томъ—общая психопатологія, II-й томъ—спеціальная психіатрія. Изд. 4-е. Ц. 4 р.

*Судебно-психіатрическіе анализы (для медиковъ и юристовъ)* 2-й т., изд. 2-е. Ц. 4. р. 50 к.

*Первичное помышлательство (для медиковъ и юристовъ)*. Ц. 1 р. 50 к.

Prof Meynert, *Клиническія лекціи по психіатріи*, пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 1 р. 50 к.

Dr Morel, *Электротерапія при душевныхъ болѣзняхъ*, перев. А. Н. Герстфельдъ. 1889. Ц. 40 к.

Dr Baierlacher, *Леченіе внушеніемъ и его техника*. Перев. П. И. Лашенко подъ ред. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 50 к.

Prof Binswanger, *Сумашествіе и преступленіе*. Перев. А. Н. Герстфельдъ и О. Н. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889. Ц. 30 к.

Kegg, *Пьянство, его причины, леченіе и судебно-медицинское значеніе*. Пер. К. Н. Ковалевской и М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889 г. Ц. 2 р.

Dr L. Löwenfeld, *Современныя способы леченія истеріи и нейрастеніи*. Перев. Н. И. Мухина подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889 г. Ц. 1 р.

Dr Cullere, *Границы сумашествія (Les frontières de la folie)*. Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго 1889. Ц. 1 р. 50 к.

Dr Cullere, *Гігіена нервныхъ людей и нейропатовъ*. Пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Ремак, *Электробіаэлектрика и электротерапія*. Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакц. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р.

Scholz, *Диететика духа*. Пер. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Richet, *Истеро-эпилепсія*. Перев. подъ редакц. проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. Ц. 5 р.

Dr Vum, *Массажъ при нервныхъ болѣзняхъ*. Пер. А. П. Драгоманова, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1889 г. Ц. 40 к.

Byrom Bramwell, *Болѣзни спинного мозга*. Пер. М. А. Шульгина, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго Ц. 5 р.

Meynert, *Психіатрія*. Переводъ М. Е. Ліона, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго Ц. 3 р.

Prof. Gowers, *Болѣзни головного мозга* пер. А. А. Говсѣва, подъ ред. проф. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.

Prof. Charcot, *Лекціи по нервнымъ болѣзнямъ*. Перев. подъ редакціей проф. Ковалевскаго. Ц. 1. р.

Prof. H. Obersteiner, *Гипнотизмъ*. Перев. подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 50 к.

Hammond, *Половое безсиліе у мужчинъ*. Пер. А. А. Говсѣва, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Изд. 2-е, дополненное стат. Prof. Ultzmann'a: объ онанизмѣ, безплодіи, полиуціяхъ и др. Ц. 2 р.

Thudichum, *Физиологическая химія головного мозга*. Переводъ М. Е. Ліона. Ц. 2 р.

Robert von Pfungen, *О разстройствѣхъ ассоціацій*. Перев. М. Е. Ліона. Ц. 1 р.

Dr Pierson, *Компендіумъ нервныхъ болѣзней*. Переводъ Н. И. Мухина подъ редакціей П. И. Ковалевскаго. Въ изящномъ переплетѣ. 1889 г. Ц. 1 руб. 50 коп.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступкою отъ 20 до 30%.

APR 4 1891

WORCESTER, MASS.

ГОДЪ ДЕСЯТЫЙ.

1891.

ТОМЪ XVII—№ 2.

# АРХИВЪ ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ

И  
СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ,

издаваемый подъ редакціей П. Н. Ковалевскаго,

проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

В. М. Автократовъ (Кіевъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Рига), Н. Н. Баженовъ (Москва), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), В. А. Брянецъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Казань), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Бухаловъ (Казань), Н. М. Васильевъ (Новочеркасскъ), В. Н. Васятинъ (Казань), П. А. Викторовскій (Варшава), Я. В. Гиршонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Москва), А. А. Говстевъ (Екатеринославъ), В. Ө. Галенко (Умань), А. М. Головина (Болгарія), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), А. П. Драгомановъ (Петербургъ), Д. А. Дриль (Москва), М. В. Игнатьевъ (Могилевъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Корсаковъ (Москва), Е. И. Компантійская-Ковалевская (Петербургъ), Д. В. Куклярскій (Могилевъ), П. Н. Лашенно (Харьковъ), Мальшинъ (Москва), Н. А. Миславскій (Казань), Н. И. Мухинъ (Харьковъ), И. Я. Платоновъ (Харьковъ), П. П. Платовъ (Харьковъ), проф. Н. М. Поповъ (Варшава), М. Н. Поповъ (Харьковъ), Д. И. Поляновъ (Харьковъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Москва), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), В. В. Соколовъ (Казань), Н. П. Сулима (Ямполь), А. Тельнихинъ (Саратовъ), В. А. Тихомировъ (Харьковъ), А. А. Тонарскій (Москва), А. Толоконниковъ (Ярославль), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), М. И. Федоровъ (Одесса), В. Ф. Чинъ (Петербургъ), І. Б. Шергандъ (Орелъ), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), М. А. Шульгинъ (Heidelberg), А. А. Яковлевъ (Тверь) и друг.

Подписная цѣна 6 р.; экземпляры 1885, 86, 87, 88, 89 и 90 гг. по 4 р.,—1884—10 р. подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ. Типографія И. М. Варшавчика.

Въ теченіе 1890 года редакція Архива обмѣнивалась съ слѣдующими редакціями журналовъ и газетъ.

Вѣстникъ судебной медицины и гигиены.—Военно-медицинскій журналъ.—Медицинское обозрѣніе.—Вѣстникъ офтальмологин.—Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней.—Протоколы физико-медицинскаго общества въ Москвѣ.—Протоколы гинекологическаго общества въ Москвѣ.—Международная клиника.—Медицина.—Юридическая лѣтопись.—Юридическій Вѣстникъ.—Журналъ гражданскаго и уголовнаго права.—Petersburger medicinische Wochenschrift.—Новости терапіи.—Журналъ фармаціи.—Протоколы Кавказскаго медицинскаго общества.—Электричество.—Протоколы Кавказскаго медицинскаго общества.—Протоколы военныхъ врачей въ Москвѣ.—Медицинскія прибавленія къ морскому сборнику.—Протоколы общества естествоиспытателей въ Кіевѣ.—Протоколы медицинскаго общества въ Кіевѣ.—Протоколы Пятигорскаго Бальнеологическаго Общества.—Протоколы Архангельскаго Медицинскаго Общества.—Протоколы Иркутскаго Медицинскаго Общества.—Протоколы общества Темниковскихъ врачей.—Вѣстникъ Европы.—Сѣверный Вѣстникъ.—Русское Богатство.—Недѣля.—Правительственный Вѣстникъ.—Свѣтъ.—Лучъ.—Звѣзда.—Игрушечка.—Южный край.—Ребусъ.—Сѣверъ.—

American Journal of Insanity.—The Alienist and Neurologist.—The Journal of Nervous and mental Disease.—The Quarterly Journal of Iuebriety.—Proceedings of the Society for the study of Jnebriety.—American Journal of Psychology.—The Journal medico-legal.—The Journal of mental Science.—The Brain.—Archive de Neurologie.—Bulletin Societe med. uental Belgique.—Annales medico-psychologiques.—Le Progres medical.—Journal des con-naissances.—Gazette haibdomadaire.—Le mercredi medical.—Nouvelle iconographie dela salpetriere.—Rivista sperimentale di freniatria.—La Psychiatria.—Il manicomio.—L'Anomalo.—Rivista di filosofia scientifica di Morsselli.—Archivio di Psychiatria.—Archiv für Psychiatrie.—Allgemeine Zeitchrift für Psychiatrie.—Jahrbücher für Psychiatrie.—Centralblatt für Nervenheilkunde von Erlenmeyer.—Neurologisches Centralblatt.—Revue phylsopqihue de Ribot.

## ОГЛАВЛЕНІЕ.

Проф. П. П. Ковалевскій, Сифилисъ мозга . . . . .	Стр. 1.
Д-ръ С. П. Штейнбергъ, Анатомофизиологическія основы памяти . . . . .	42.
Dr. Stearn, Христина, королева шведская. Перев. К. Н. Ковалевской . . . . .	81.
Д-ръ Я. В. Гирисонъ, Наслѣдственный психозъ . . . . .	97.

Библиографія: Д-ръ А. А. Токарскій, Терапевтическое примѣненіе гипнотизма, 120. Д-ръ Россолло, О значеніи гипнотизма въ терапіи, 122. Д-ръ П. Викторовъ, Табетическія заболѣванія суставовъ и ихъ отношеніе къ типической формѣ, 122. Prof. Bianchi, Отвѣтственность при истеризмѣ, 125. Prof. Morselli, Вульво-вагинальныя кризы у табетическихъ женщинъ, 126. Raffaello Brugia,



# Сифилисъ мозга и его леченіе.

Проф. П. И. Ковалевскій.

## ЛЕКЦІЯ ШЕСТАЯ.

### Леченіе сифилиса мозга.

При леченіи всѣхъ болѣзней обращается серьезное вниманіе на причины, вызвавшія и обусловившія данную болѣзнь. Въ однихъ случаяхъ достаточно бываетъ устранить болѣзнетворную причину для того, чтобы больной совершенно поправился. Въ другихъ случаяхъ устраненія болѣзнетворной причины недостаточно для полного удаленія самой болѣзни; но за то какъ часто самое энергичное и правильно поставленное леченіе остается недѣйствительнымъ и бесплоднымъ, если при назначеніи леченія не обращено вниманіе на одну изъ причинъ, если не производящихъ, то, во всякомъ случаѣ, значительно поддерживающихъ болѣзнь.

Наилучшей иллюстраціей поставленнаго нами положенія служитъ слѣдующій фактъ: очень часто самое энергичное и правильно поставленное леченіе головныхъ болей сифилитика остается недѣйствительнымъ и бесплоднымъ, если вы не устраните злоупотребленія табакомъ,—тогда какъ прекращеніе куренія нерѣдко уже на другой день оказываетъ благотворное воздѣйствіе на больного.

Фактъ, подлежащій сомнѣнію, что въ огромномъ большинствѣ заболѣваній, причинъ болѣзни бываетъ не одна, а множество, почему возможное устраненіе всѣхъ этихъ причинъ является однимъ изъ обязательныхъ условій леченія болѣзни и излеченія ея.

Что касается случаевъ сифилиса центральной нервной системы, то очень рѣдко одинъ только сифилисъ при этомъ является причиною заболѣванія. Напротивъ, изъ вышесказаннаго мною явствуетъ, что сифилисъ мозга почти всегда присоединяется уже къ другимъ болѣзнетворнымъ причинамъ, вредно дѣйствующимъ на организмъ. Почти всегда мозгъ является *loco minoris resistentiae*, на которое, какъ на самое слабѣйшее, сифилисъ и падаетъ.

При леченіи сифилиса мозга весьма важно помнить это положеніе и имѣть въ виду, помимо сифилиса, другіе болѣзнетворные моменты. Это обстоятельство важно не только въ лечебномъ отношеніи, но и въ смыслѣ предсказанія для даннаго случая. Если изъ двухъ случаевъ сифилиса мозга въ одномъ мы имѣемъ кромѣ того патологическую нервную наследственность, а у другого только сифилисъ мозга, то естественно, что предсказаніе относительно излеченія въ первомъ случаѣ будетъ несравненно хуже, чѣмъ во второмъ, что докажется и самымъ дѣломъ леченія.

Вотъ почему при леченіи сифилиса мозга я рѣшительно не рекомендую вамъ приступать къ леченію съ закрытыми глазами; напротивъ, вы должны строго разобраться въ отношеніи причинъ, вызвавшихъ и обусловившихъ болѣзнь, кромѣ сифилиса. Очень легко можетъ случиться, что кромѣ сифилиса вы найдете здѣсь: нейропатологическую наследственность, пьянство, злоупотребленіе табакомъ, злоупотребленіе половыми излишествами, усиленные умственные занятія, травму и много много другихъ причинъ, между которыми иногда сифилисъ занимаетъ только послѣднее мѣсто. Такой анализъ не только освѣтитъ вамъ значеніе сифилиса въ данномъ случаѣ болѣзни, но и самое леченіе направитъ надлежащимъ образомъ съ наибольшимъ успѣхомъ для больного. Самый неуспѣхъ леченія сифи-

лиса мозга специфическими средствами очень часто обуславливается недостаточнымъ анализомъ причинныхъ моментовъ болѣзни. Еще этимъ лѣтомъ мнѣ приходилось наблюдать одного больного съ явнымъ сифилисомъ мозга, котораго, однако, никакъ нельзя было начать лечить ни Нг, ни J, потому что малѣйшія дозы втираній, или 2—3 гр. іода, становились для больного непереносимыми и вызывали массу серьезныхъ побочныхъ непріятныхъ явленій. Оказалось, что больной этотъ былъ съ громадною психопатологическою наслѣдственностью. Нужно было ослабить его нервныя явленія обычными способами леченія и послѣ того уже специфическое леченіе сразу пошло успѣшно и дало благопріятный плодъ.

Итакъ, *никогда не слѣдуетъ забывать, что при постановкѣ діагноза сифилисъ мозга, сифилисъ далеко не единственный причинный моментъ болѣзни, почему слѣдуетъ всегда разыскивать и опредѣлять и другіе причинные моменты и принимать противъ нихъ надлежащія укротительныя мѣры.*

Этого мало. Не слѣдуетъ смотрѣть на сифилисъ мозга только, какъ на единичную болѣзнь. Всякій случай сифилиса мозга представляетъ инородное тѣло въ полости черепа и пораженіе нервной системы, какъ слѣдствіе этого сифилитическаго пораженія. Это положеніе отчасти открываетъ намъ правильный взглядъ не только на сущность болѣзни, но и на надлежащій способъ леченія. Только одно специфическое леченіе сифилиса мозга устранить только одинъ сифилисъ, но оно не устранитъ тѣхъ болѣзненныхъ послѣдствій и измѣненій въ области нервной системы, которыя произведены въ мозгу сифилисомъ, поэтому одного только специфическаго леченія здѣсь рѣшительно не достаточно.

Сифилитическій ядъ, какъ химическое вещество, входя въ головной мозгъ, дѣйствуетъ двояко: на соединительную ткань сосудовъ раздражающе, побуждая ее къ размноженію круглоклѣточныхъ элементовъ,—и на нервную ткань, какъ ядовитое вещество, производя въ немъ большую или меньшую степень разрушенія и дегенерации. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни размноженіе круглоклѣточныхъ элементовъ идетъ настолько энергично, что создаетъ разлитой гуммозный процессъ, или отдѣльныя гуммозныя образованія. Такое усиленное развитіе гуммознаго процесса своимъ послѣдствіемъ имѣетъ суженіе просвѣта сосудовъ и ихъ облитерацию съ нерѣдкими тромбами, эмболами, геморрагіями и размягченіями нервной ткани. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни многіе круглоклѣточные элементы разрастаются въ стойкую соединительную ткань, давящую на нервные элементы и производящую ихъ атрофію. Одиночныя гуммы въ свою очередь создаютъ потери нервной ткани. Послѣдующіе за кровоизліяніями и размягченіями рубцы опять таки, создаютъ непоправимыя потери нервной ткани.

Если ртуть и јодъ разрушаютъ сифилитическій ядъ, если они уничтожаютъ гуммозный разлитой процессъ, если они уничтожаютъ даже солитарныя гуммы, то за всѣмъ симъ остаются потери и недостатки въ нервной ткани, которыхъ ни ртуть, ни јодъ не въ состояніи исправить и пополнить. Это положеніе еще важнѣе въ случаяхъ хроническаго сифилитическаго пораженія спинного мозга, гдѣ склеротическій процессъ создаетъ еще большія разрушенія въ нервной ткани.

Получая на свои руки случай сифилиса мозга, не слѣдуетъ забывать, что мы имѣемъ дѣло не съ однимъ только сифилисомъ мозга, но и съ пораженіемъ нервной ткани. Въ каждомъ данномъ случаѣ мы, по мѣрѣ возможности, должны давать себѣ отчетъ: какія изъ

клиническихъ явленій принадлежатъ сифилису и какія пораженію нервной ткани.

Одно только специфическое лечение въ этихъ случаяхъ будетъ далеко не успѣшнымъ. Приступая къ лечению такихъ случаевъ, мы должны дѣйствовать двояко: уничтожая сифилитическія образованія и способствуя восстановленію дѣятельности пораженной нервной ткани. Посему рядомъ съ специфическимъ леченіемъ всегда должно вестись и специальное противунервное лечение.

Приступая къ изложенію ученія о леченіи мозгового сифилиса, я считалъ обязательнымъ для себя высказать эти положенія, дабы вы всегда болѣе или менѣе могли освоиться и упорядочиться въ отношеніи къ тому или другому заболѣванію, а также могли дать себѣ отчетъ, почему въ томъ или другомъ случаѣ сифилиса мозга, болѣзни, въ смыслѣ излеченія, относительно легкой, вы не получаете ожидаемаго результата.

Въ леченіи случаевъ сифилиса мозга я строго отличаю способы леченія чисто сифилитическихъ поражений и способы леченія тѣхъ нервныхъ поражений, которыя развиваются послѣдовательно за сифилитическими поражениями и требуютъ примѣненія специальныхъ способовъ леченія нервныхъ болѣзней. Этого положенія я буду придерживаться и въ своемъ изложеніи этого ученія.

а. *Противосифилитическіе способы леченія.* Сифилисъ, гдѣ бы ни свивалъ себѣ гнѣздо, во всякомъ случаѣ, болѣзнь общая всего организма, только лишь дѣлающая въ различныхъ случаяхъ предпочтеніе тому или другому органу. Если это есть зараженіе или инфекция всего организма, то, естественно, что и лечение этого отравленія должно быть общимъ—насыщеніе организма веществомъ, могущимъ служить проти-

воядіемъ занесенному въ организмъ яду. На этомъ принципѣ основано современное леченіе сифилиса. Поэтому и при леченіи мозгового сифилиса намъ приходится, прежде всего, примѣнить общіе способы леченія сифилиса—насыщеніе организма тѣми противоядіями, которыя убили бы сифилитическій ядъ и оставили тѣло по мѣрѣ возможности здоровымъ.

Но такъ какъ и средства леченія этой болѣзни неодинаковы и способы примѣненія ихъ въ различныхъ случаяхъ опять таки различны, то мы прежде стараемся упомянуть о способахъ леченія сифилиса вообще, а затѣмъ о примѣненіи этихъ способовъ въ различныхъ случаяхъ заболѣванія головного и спинного мозга.

Изъ всѣхъ лечебныхъ средствъ, употребляемыхъ противъ сифилиса, наибольшей славой, съ очень давняго времени, пользуется ртуть. Ея слава настолько велика, что леченіе ртутью проникло въ народъ и ртуть стала народнымъ средствомъ. Эта заслуженная слава ртути не остановила пылливый человѣческій умъ отъ дальнѣйшихъ изысканій въ стремленіяхъ къ излеченію сифилиса, почему мы имѣемъ указаніе на то, что при леченіи сифилиса пробовались весьма и весьма многія средства. На первомъ планѣ, вѣроятно, по аналогіи съ ртутью, пробовались тяжелые металлы: золото, платина, серебро и проч.; затѣмъ перешли къ мышьяку, опию и проч. Многіе увлекающіеся изслѣдователи видѣли отъ нихъ пользу; но многолѣтній человѣческій опытъ похоронилъ эти средства съ далеко неодобрительными эпитафіями на ихъ памятникахъ по отношенію къ излеченію сифилиса.

И потому старая исторія осталась, по крайней мѣрѣ до сихъ поръ, новой; ртуть осталась ртутью и ею при леченіи сифилиса пользуются въ широкихъ размѣрахъ до послѣднихъ дней.

Въ болѣе позднее время къ этому могущественному средству присоединился еще јодъ—и вотъ эти два средства составляютъ главную, если не единственную, терапію сифилитическихъ поражений.

Какъ дѣйствуетъ ртуть на сифилитическое заболѣваніе? Дѣйствуетъ ли она на сифилитическій ядъ, или инымъ какимъ либо способомъ? Есть ли она специфическое средство противъ сифилитическаго яда, или противъ сифилитическихъ образований?

Подъ именемъ сифилиса разумѣются болѣзненные измѣненія въ различныхъ органахъ и тканяхъ организма, происходящія отъ захожденія въ организмъ человека особеннаго ядовитаго вещества. При леченіи этой болѣзни, такимъ образомъ, приходится вести дѣло въ двоякомъ направленіи: уничтожить болѣзнетворное заразное сифилитическое начало, производящее измѣненіе въ органахъ и тканяхъ,—и уничтожить тѣ болѣзненные измѣненія, которыя обусловлены и вызваны этимъ ядовитымъ веществомъ. Можетъ случиться, что, введеніемъ противоядія, мы уничтожимъ сифилитическій ядъ, но при этомъ въ организмѣ останутся очень тяжелыя послѣдовательныя явленія, отравляющія существованіе субъекта, какъ напр. сухотка, эпилепсія и проч. Но можетъ случиться и такъ, что мы своимъ вмѣшательствомъ уничтожимъ болѣзненные продукты сифилитическаго яда и болѣзненные явленія, обусловленные оными,—а ядовитое начало останется въ организмѣ и, въ дальнѣйшемъ, собравшись съ силами, дастъ новый болѣзнетворный плодъ. Въ интересахъ человечества было бы желательно, чтобы найдены были такіе способы, приемы и средства, которые дѣйствовали бы и въ томъ и въ другомъ направленіи.

Мы сказали, что однимъ изъ могущественнѣйшихъ средствъ при леченіи сифилиса является ртуть. Какъ

она дѣйствуетъ: на болѣзнетворное ли ядовитое начало, или на болѣзненные продукты, обусловленные этимъ ядовитымъ веществомъ? Мнѣнія опытныхъ врачей въ этомъ отношеніи расходятся очень рѣзко. Еще въ 1801 г. Swediaur сказалъ слѣдующее: мнѣ кажется правдоподобнымъ, что, входя въ массу соковъ, ртутные препараты смѣшиваются съ сифилитическимъ ядомъ и, дѣйствуя на него химически, уничтожаютъ его ядовитыя свойства. Съ другой стороны такой почтенный ученый, какъ Лансеганъ, говоритъ слѣдующее: дѣйствіе ртути и яда распространяется исключительно на составныя части патологическаго продукта и заключается главнымъ образомъ въ томъ, что способствуетъ регрессивному или жировому метаморфозу элементовъ сифилитическаго продукта и ихъ обратному всасыванію.

Какъ ни жалъ сознаться, а почти всѣ современные врачи примыкаютъ къ этому послѣднему мнѣнію. Ртуть не является специфическимъ противусифилитическимъ веществомъ, а только лишь разрушителемъ болѣзненныхъ продуктовъ, вызванныхъ сифилисомъ. Ртуть не есть противоядіе сифилитическому ядовитому началу, а только лишь разрушитель его болѣзненныхъ твореній. А при такомъ взглядѣ мы должны сознаться, что до сихъ поръ *наука не владѣетъ средствомъ, въ корнѣ уничтожающимъ сифилитическій ядъ* и, съ этой точки зрѣнія, *сифилисъ является неизлечимымъ*; но только съ этой точки зрѣнія сифилисъ является неизлечимымъ, такъ какъ я лично допускаю, что сифилисъ можетъ быть излеченъ, о чемъ я скажу въ дальнѣйшемъ.

Дѣйствіе ртути на организмъ при леченіи сифилиса основано на особенномъ сродствѣ ртути съ бѣлками. По мнѣнію Vois'a и др., ртуть, вступая въ организмъ, образуетъ въ немъ трудноразложимый альбуминатъ окиси ртути. Предполагая, что сифилитическій ядъ



тоже бѣлковой природы, естественно въ дальнѣйшемъ строить предположеніе, что ртуть образуетъ съ сифилитическимъ ядомъ трудно растворимый альбуминатъ окиси ртути, въ каковомъ видѣ она и выводится изъ организма. Такимъ образомъ эта гипотеза основана на непосредственномъ воздѣйствіи ртути на ядовитое вещество болѣзни. Не зная однако ровно ничего о самомъ ядовитомъ веществѣ сифилиса, едва ли есть какое основаніе къ поддержанію такой гипотезы.

Дѣло представляется гораздо проще при слѣдующемъ предположеніи: ртуть несомнѣнно имѣетъ особенное сродство и стремленіе къ бѣлкамъ организма. При значительно большемъ введеніи ея въ организмъ, она, распространяясь по всему организму, обязательно должна производить нѣкоторое разрушеніе бѣлковыхъ тканей различныхъ частей организма. При этомъ, естественно, наибольшему и скорѣйшему разрушенію подвергаются тѣ ткани, которыя въ данный моментъ являются въ организмѣ наименѣе устойчивыми и крѣпкими. Въ такомъ положеніи новообразованныя, особенно патологическія, бѣлковыя ткани представляются предпочтительно, — къ нимъ то преимущественно и направится тяготѣніе ртутнаго препарата, введеннаго въ организмъ. При равныхъ другихъ условіяхъ, введенная въ организмъ, ртуть на первомъ пути разрушаетъ эти вновь образованныя и неустойчивыя патологическія бѣлковыя ткани и, только по истребленіи ихъ, обратится къ уничтоженію здоровыхъ тканей. Разрушительное воздѣйствіе ртути на здоровыя и патологическія бѣлковыя ткани будетъ прямо пропорціонально ихъ устойчивости и крѣпости, почему сифилитическія образованія, подъ вліяніемъ ртути въ организмѣ, будутъ разрушаться первыми.

Такимъ образомъ, отстраняя даже особенное сродство ртути съ сифилитическимъ ядовитымъ началомъ, мы думаемъ, что меркуріальнымъ способомъ леченія

сифилиса мы можемъ достигнуть очень многого и особенно рѣзко уничтоженія сифилитическихъ образованийъ въ организмѣ. Заставляя рядомъ съ этимъ энергично выводить изъ организма всѣ эти разрушенныя части, мы этимъ способомъ леченія легко освобождаемъ организмъ отъ патологическихъ сифилитическихъ образованийъ. Но самый сифилитическій ядъ при этомъ уничтожается только настолько, насколько онъ стоитъ въ связи съ патологическими форменными образованиями, разрушенными введенною въ организмъ ртутью. Тѣ же части сифилитическаго яда, которыя стоятъ въ связи съ нормальными тканями, или съ патологическими, но не подвергшимися разрушенію, остаются въ организмѣ и являются способными къ новымъ патологическимъ образованиямъ,—по крайней мѣрѣ настолько, насколько рядомъ съ этимъ практикующійся повышенный обмѣнъ веществъ не вынесетъ сифилитическаго яда и изъ нормальныхъ тканей, о чемъ будетъ рѣчь впереди.

Введеніе въ организмъ ртути производится путемъ приѣмовъ ея внутрь, втиранія въ кожу, впрыскиванія подъ кожу и окуриванія организма парами ртути.

Внутреннее употребленіе ртути въ видѣ растворовъ, пилюль и проч. въ настоящее время практикуется очень неохотно, въ виду того, что при этомъ нерѣдко быстро развиваются явленія желудочно-кишечнаго расстройства, а также и въ виду того, что такое леченіе иногда оставляетъ послѣ себя слѣды въ видѣ хроническихъ катарровъ и проч. Тѣмъ не менѣе бывають рѣдкіе случаи, когда больнымъ очень плохо переносятся какъ втиранія, такъ и впрыскиванія, почему приходится прибѣгать къ внутреннему употребленію ртути. Изъ препаратовъ ртути внутрь назначаютъ въ видѣ растворовъ: Hydrarg. subl. corros., Hg tannicum и проч., или въ видѣ пилюль, какъ protojoduret. hyd-

garg. и порошка—salomel. Проф. Ге очень рекомендуетъ ртуть съ ромомъ, такъ: Hg bichlorat. соггос. gr j и Rhum. opt.  $\frac{3}{4}$  по 25—30 к. два раза въ день. При назначеніи ртутныхъ препаратовъ внутрь, всегда слѣдуетъ добавлять небольшое количество успокаивающихъ веществъ—опія и проч.

Гораздо чаще и съ большей охотой ртуть вводится чрезъ кожу въ видѣ втираній. Для этого употребляется или Ung. cinereum, или лучше Ung. cinereum saponatum, или еще лучше Ung. oleinicum. Въ случаяхъ легкаго и рѣзкаго раздраженія кожныхъ покрововъ втираніями, я прибавляю къ ung. ciner. вазелинъ съ небольшимъ количествомъ опія или белладонны и тогда такія втиранія производятся легко и не вызываютъ раздраженій. Относительно количества, вводимого въ организмъ, ртути при леченіи мозгового сифилиса проф. Fournier рекомендуетъ назначать ее larga manu; „только быстрой и энергичной меркуріализаціей удастся побѣдить мозговой сифилисъ и только въ подобномъ образѣ дѣйствія заключаются условія успѣха». Съ этою цѣлью онъ рекомендуетъ назначеніе втираній ртутной мази 5—8 и 10 grm pro die. Относительно весьма частаго и довольно непріятнаго при этомъ леченія стоматита, проф. Fournier выражается такъ: «впрочемъ, стоматитъ еще не представляетъ противопоказанія, ради котораго слѣдуетъ отказываться отъ назначенія ртути. Положеніе больного таково, что ему угрожаетъ величайшая опасность, увѣчье, ведущее иногда къ смерти; при такихъ тяжкихъ условіяхъ мы обладаемъ только однимъ средствомъ, которое въ состояніи спасти больного, а потому, во что бы то ни стало, нужно прибѣгнуть къ нему».

При назначеніи ртутныхъ втираній, я строго различаю острые случаи мозговаго сифилиса отъ хроническихъ. Въ остропротекающихъ случаяхъ мозговаго си-

филиса я дѣйствительно не стѣснялся въ размѣрахъ втираемой ртутной мази: приходилось втирать по 1 и 2  $\frac{3}{4}$  рго die, и я никогда не раскаивался въ этомъ. Въ болѣе затяжныхъ случаяхъ я, обыкновенно, назначалъ драхмовыя втиранія, а въ хроническихъ Э— $\frac{3}{4}$ β, но за то въ достаточно большомъ количествѣ.

Насъ часто спрашиваютъ товарищи: какое число втираній должно считать предѣльнымъ, послѣ котораго мы можемъ быть убѣждены, что сифилисъ мозга миновалъ? Такого предѣла а ргіогі положить невозможно. Должно производить втиранія до тѣхъ поръ, пока мы имѣемъ указанія на присутствіе сифилиса и плюсъ къ этому еще 15—20 втираній. Я знаю больныхъ, которые въ теченіе долгаго времени продѣлали 1500—1800 втираній и, въ концѣ концовъ, все таки не излечились отъ болѣзни. Разумѣется, при пользованіи ртутнымъ леченіемъ вы не забудете слѣдить за мочею и руководствоваться ея показаніями при назначеніи новыхъ пріемовъ ртути.

При леченіи на минеральныхъ водахъ, напр. въ Пятигорскѣ, я назначаю отъ 60 до 80 втираній и это количество во многихъ случаяхъ я считаю достаточнымъ. Я рѣшительно не одобряю тѣхъ больныхъ, которые, замѣтивъ быстрое поправленіе своей болѣзни, спѣшатъ закончить леченіе преждевременно, послѣ 30—40 втираній, какъ только мало мальски исчезнутъ безпокоившія ихъ болѣзненныея явленія. Такое леченіе непрочное, не ведетъ къ излеченію и допускаетъ возвратъ болѣзни и повтореніе леченія. Кто разъ ѣдетъ въ Пятигорскъ, или другое подобное мѣсто, тотъ не долженъ останавливаться на полумѣрахъ, а доводить дѣло до конца.

Для ртутныхъ втираній слѣдуетъ выбирать мѣста на кожѣ, непокрытыя волосами и производить на нихъ втиранія поочередно, дабы не слишкомъ раздражать

однѣ и тѣже мѣста. Обыкновенно я рекомендую, чтобы больные сами себѣ производили втиранія, во избѣжаніе же утомленія я позволяю данную порцію дѣлать на 2—3 части и производить втиранія въ 2—3 приѣма.

При такомъ леченіи никогда не слѣдуетъ забывать о деснахъ и одновременно съ втираніемъ назначать вяжущія полосканья.

Для втираній назначается Ung. hydrarg. cinereum, Ung. hydrarg. cinereum saponatum и Ung. hydrarg. oleinicum. Послѣдніе два сорта ртутной мази гораздо удобнѣе въ томъ отношеніи, что они втираются въ кожу гораздо легче и скорѣе.

При леченіи въ средней Россіи, я обыкновенно послѣ 6—7 втираній назначаю ванну и затѣмъ послѣ 15—20 втираній дается отдыхъ на 4—5 дней. При леченіи въ Пятигорскѣ втиранія дѣлаются ежедневно, иногда два раза въ день, при ежедневныхъ же ваннахъ въ 28—32°. Основы такого способа леченія мною указаны будутъ ниже.

При существованіи большихъ пакетовъ лимфатическихъ желѣзъ, я очень рекомендую часть ртутной мази ежедневно осторожно втирать въ области этихъ пакетовъ, при чемъ почти всегда оставался доволенъ этимъ приѣмомъ. Быть можетъ здѣсь дѣйствуетъ хорошо только одинъ массажъ, но больше вѣроятія, что и массажъ и всасываемая лимфатическою системою ртутная мазь.

Во избѣжаніе возни съ втираніями и съ цѣлію болѣе вѣрнаго введенія и точной градуировки, многіе врачи замѣняютъ ртутныя втиранія подкожными впрыскиваніями ртутныхъ растворовъ. Съ этою цѣлію пробовались многіе ртутные препараты: Hg tannicum, Hg formamidatum, Hg albuminatum solut. Bambergeri, Hg reptonatum, Hg benzoicum, Hg carbolicum, Hg bicusapatum и проч. Но всѣ они представляютъ одно общее неудобство—очень продолжительную тупую боль на

мѣстѣ впрыскиванія. Прибавленіе ко впрыскиваемой жидкости кокаина очень мало облегчало больныхъ, такъ какъ кокаинная анестезія проходила въ то время, когда боль отъ впрыскиванія только начиналась.

Кромѣ того при частыхъ и многихъ впрыскиваніяхъ иногда приходится встрѣчаться еще съ однимъ весьма непріятнымъ осложненіемъ; послѣ впрыскиванія наступаетъ обморочный приступъ: головокруженіе, дурнота, потемнѣніе въ глазахъ, шумъ въ ушахъ, холодный потъ, малый и частый пульсъ и проч. Спустя 2—4' все это проходитъ безслѣдно, но оставляетъ весьма непріятное впечатлѣніе у врача и больного.

Кромѣ вышеозначенныхъ способовъ введенія ртути въ организмъ предлагали еще способъ введенія ея въ видѣ ваннъ. На ванну обыкновенно прибавляютъ 3jj—jjj Hg subl. соггос. и держатъ больного  $\frac{1}{2}$ —1 часъ. Этотъ способъ очень рѣдко примѣняется, да и едва ли часто можетъ встрѣчаться необходимость въ немъ.

Леченіе сифилиса ртутью давно уже проникло въ народъ и сдѣлалось широко распространеннымъ народнымъ средствомъ. Примѣняется оно въ народѣ наичаще въ видѣ обкуриваній и нерѣдко даетъ значительно лучшій успѣхъ, чѣмъ леченіе тою же ртутью медицинскимъ персоналомъ. Такой успѣхъ народного леченія сифилиса ртутью нужно приписать не способу леченія, а чрезмѣрной энергіи и очень большому количеству вводимого средства. Въ то время, какъ врачъ, щадя организмъ, старается достигнуть благоприятныхъ результатовъ въ теченіе извѣстнаго времени, дѣды и бабки дѣйствуютъ сразу большими дозами ртути и потому достигаютъ благоприятныхъ результатовъ въ гораздо кратчайшій срокъ. Самъ по себѣ способъ ртутнаго обкуриванія не представляетъ особенныхъ удобствъ и въ медицинѣ хотя и примѣнялся, однако не нашелъ широкаго употребленія.

Въ случаяхъ присутствія сифилитическихъ періоститовъ, остеофитовъ и проч., мною часто назначался empl. hydrargyri на мѣста болѣзненнаго разращенія и часто съ хорошимъ успѣхомъ.

Кромѣ того я охотно назначаю внутрь decoctum Zitmanni fort.

Задача противусифилитическаго леченія двоякая: разрушеніе сифилитическихъ образований и выведеніе ихъ изъ организма вмѣстѣ съ другими продуктами обмѣна веществъ. Для этого требуется, чтобы всѣ выдѣлительные аппараты организма дѣйствовали, по мѣрѣ возможности, исправно и энергично. Декоктъ Цитмана приноситъ двоякую пользу: онъ дѣйствуетъ на сифилитическія образования, разрушая ихъ,—и повышаетъ дѣятельность кожи, почекъ и кишечника, способствуя выведенію негодныхъ продуктовъ. Къ этому способу мы прибѣгали, такъ сказать, въ случаяхъ хроническаго гуммознаго процесса. Бываютъ случаи мозговыхъ gummata и проч., когда, послѣ энергическихъ втираній, или впрыскиваній, многія патологическія явленія проходятъ и остаются только болѣе или менѣе слабые остатки болѣзни, въ формѣ парезовъ, анестезій, нейралгій, легкаго ослабленія мыслительной дѣятельности и проч. Въ этихъ случаяхъ Цитмановскій декоктъ является незамѣнимымъ средствомъ. Нѣкоторые фармакологи признаютъ за этимъ декоктомъ только потогонное значеніе и никакого специфическаго. Можетъ быть это и такъ, но только онъ нерѣдко приноситъ существенную пользу. Мы его особенно охотно употребляемъ въ тѣхъ случаяхъ, когда нервныя больные возвращаются недолеченными изъ Пятигорска, въ надеждѣ на будущій годъ посѣтить Пятигорскъ вновь. Въ этихъ случаяхъ сифилисъ не спитъ и не ждетъ терпѣливо будущаго года, а мало по малу начинаетъ

развиваться вновь и вступать въ свои права; здѣсь то descoat. Zitman. является чрезвычайно умѣстнымъ.

*Іодъ.* Вторымъ могущественнѣйшимъ врачевнымъ средствомъ при леченіи сифилиса, если не сильнѣйшимъ, то и неуступающимъ ртути, служитъ іодъ. Особенно это средство является благоприятнымъ при леченіи церебральныхъ формъ сифилиса. Первымъ широкимъ примѣненіемъ іода при леченіи сифилиса мы обязаны Wallace, и вотъ съ 1835 г. іодъ сдѣлался однимъ изъ распространеннѣйшихъ лечебныхъ средствъ въ борьбѣ съ сифилисомъ, особенно во вторичномъ и третичномъ его періодѣ.

При леченіи сифилиса, однако, весьма рѣдко употребляютъ чистый іодъ, а преимущественно его соли: NJ, KJ, Amm J и проч. Дѣйствию іодистыхъ соединеній при сифилисѣ сводится преимущественно на особенно энергичное сродство J съ бѣлками. Можно думать, что этотъ J вступаетъ въ молекулярное соединеніе съ бѣлками и тѣмъ способствуетъ ихъ быстрѣйшему разложенію. Изъ всѣхъ же бѣлковъ, онъ особенное тяготѣніе имѣетъ, повидимому, къ гумознымъ образованіямъ, какъ слабѣйшимъ, почему они весьма быстро разрушаются и тоже быстро выдѣляются изъ организма. Этимъ послѣднимъ свойствомъ іодъ, въ гумозномъ періодѣ сифилиса, заслуживаетъ предпочтенія предъ ртутью, — при условіи, разумѣется, если выдѣлительные органы здоровы и, особенно, если внѣшнія условія жизни благоприятствуютъ потѣнію и проч.

J обыкновенно назначается внутрь въ видѣ Kalium jodatum, Natrium jodatum, Ammonium jodatum и Lythium jodatum. Въ виду рѣзкаго вліянія солей K на сердце, я предпочитаю назначать NJ,—у людей же съ рѣзко замедленнымъ обмѣномъ веществъ и съ склонностью къ артритизму, я предпочитаю Lythium jodatum.



Обыкновенно назначаютъ большія дозы іодистыхъ соединеній отъ  $\mathfrak{z}\beta$  до  $\mathfrak{z}jj$ — $\mathfrak{z}jjj$  и  $\mathfrak{z}jV$  pro die. Я почти всегда назначаю по X gr. NJ утромъ и вечеромъ съ значительнымъ количествомъ воды или молока и затѣмъ ежедневно, или черезъ день, прибавляю по V—X gr. Такъ, постепенно увеличивая дозы, я дохожу до  $\mathfrak{z}jjj$  pro die, стою на этомъ количествѣ дней 7—10 и затѣмъ также постепенно спускаюсь внизъ. Отдохнувъ 7—14 дней, я повторяю тотъ же кругъ. Разумѣется, такія большія дозы назначаются при цѣлости мочеотдѣлительныхъ органовъ, при исправности кишечника и при достаточной дѣятельности кожи и всего организма. Кромѣ того, такія дозы назначаются въ лѣтнюю и сухую пору, особенно при совиѣстныхъ горячихъ ваннахъ. Зимой и въ дождливую погоду я почти никогда не назначаю NJ болѣе  $\mathfrak{z}jj$  pro die. Wolff <sup>1)</sup> говоритъ, что KJ оказываетъ преимущественно могущественное вліяніе только при третичномъ сифилисѣ и при томъ въ размѣрахъ до 50 grm pro die,—такихъ большихъ дозъ мнѣ никогда не приходилось назначать.

Есть личности, у которыхъ, при пріемахъ ежедневно 20—30 gr. NJ, на второй, третій день развиваются явленія іодизма: насморкъ, слезотеченіе, кашель, боль въ вискахъ и проч. Многіе врачи и больные на этомъ и заканчиваютъ свое леченіе іодомъ. Я же никогда передъ этимъ не останавливаюсь. Небольшое терпѣніе со стороны больного и настойчивость со стороны врача легко преодолеваютъ это препятствіе и за сѣмъ даютъ очень хорошіе результаты.

При леченіи большими дозами іодистыхъ препаратовъ слѣдуетъ слѣдить съ особеннымъ вниманіемъ за дѣятельностью сердца и почекъ, а также за кишечникомъ. При нарушеніи дѣятельности сердца и почекъ

<sup>1)</sup> Wolff, Ueber Jodkaliumwirkung bei Syphilis, Wiener med. Wochenschr., 1890.

слѣдуетъ немедленно прекращать іодное леченіе,—при разстройствѣ же кишечника можно ограничиваться уменьшеніемъ дозъ. При истощеніи организма обязательно слѣдуетъ заботиться объ улучшеніи питанія; кромѣ того, такимъ субъектамъ очень полезно назначать NJ съ inf. fol. cosa. Благопріятными условіями при леченіи JN служатъ: теплый, жаркій и сухой климатъ, сухой теплый вѣтеръ и хорошее питаніе организма.

Леченіе сифилиса мозга ртутью и іодомъ можетъ производиться какъ совмѣстно обоими препаратами, такъ и отдѣльно. При отдѣльномъ леченіи ртутью и іодомъ существуютъ различныя мнѣнія относительно предпочтительнаго назначенія того или другого препарата: одни авторы при сифилисѣ мозга наблюдали особенную пользу отъ примѣненія ртутнаго леченія (Oppenheim <sup>1</sup>), Althaus <sup>2</sup>) и др.) — другіе, напротивъ, предпочитали іодистое леченіе. Собственно говоря, правы оба лагеря: въ однихъ случаяхъ получаютъ удовлетворительные результаты отъ примѣненія ртутнаго леченія, въ другихъ отъ примѣненія іодистаго леченія. Почему въ однихъ случаяхъ помогаетъ ртуть, а въ другихъ іодъ — до сихъ поръ мы не имѣемъ основательныхъ данныхъ сказать.

Быть можетъ, на этомъ основаніи въ настоящее время большинствомъ медиковъ предпочитается *смѣшанный способъ леченія сифилиса мозга* ртутью и іодомъ.

Этотъ способъ состоитъ или въ поочередномъ примѣненіи ртути и іода, — или же въ одновременномъ назначеніи того и другаго средства, — въ послѣднемъ случаѣ іодъ обыкновенно назначается въ меньшемъ количествѣ.

<sup>1</sup>) Oppenheim, Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystem, 1890.

<sup>2</sup>) Althaus, Вѣстникъ клинической психіатріи 1890. ч. ст.

Въ рѣдкихъ случаяхъ сифилисъ головного и спиннаго мозга развивается необыкновенно быстро и угрожаетъ или быстрымъ смертельнымъ исходомъ, или потерю одного изъ важнѣйшихъ органовъ. Эти случаи *syphilis acutissima* сколь опасны при своемъ теченіи безъ леченія, столь же, въ большинствѣ случаевъ, поправимы при надлежащемъ энергичномъ леченіи. Намъ приходилось наблюдать въ клиникѣ такіе случаи какъ головного, такъ и спинного сифилиса и они окончивались благопріятно. Но, разумѣется, и способы леченія должны быть въ такихъ случаяхъ героическіе. Приходилось назначать одновременно большія дозы какъ ртути, такъ и іода. Для этихъ случаевъ вполне оправдывается положеніе Fournier, по которому—когда грозитъ опасность головѣ, не время особенно задумываться надъ стоматитомъ.

---

## ЛЕКЦІЯ СЕДЬМАЯ.

### Леченіе ваннами. Жизненный режимъ.

При леченіи сифилиса часто возникаетъ вопросъ о необходимости поѣздки больныхъ для леченія на минеральныя воды. Съ этою цѣлью посылаютъ больныхъ въ Ахенъ, Пятигорскъ, Абастуманъ, Славянскъ и проч. Преслѣдуются при этомъ различныя цѣли, смотря по тому, какія исповѣдуетъ тотъ или другой врачъ воззрѣнія на этотъ вопросъ. Одни врачи видятъ въ этомъ леченіи существенную необходимость и почти специфическое дѣйствіе минеральныхъ водъ при леченіи сифилиса. Другіе этого не признаютъ и считаютъ поѣздку на минеральныя воды за возможность для больного отдохнуть отъ дѣла, укрѣпиться, а иногда и скрыть отъ окружающихъ леченіе болѣзни, одно названіе которой непозволительно для произнесенія въ порядочномъ обществѣ.

Мы смотримъ на леченіе минеральными водами, какъ на одно изъ пособій при излеченіи сифилиса. Въ этомъ случаѣ главную и первую роль играютъ сѣрные воды. Эти воды примѣняются въ видѣ ваннъ. Мало врачей, признающихъ за сѣрными ваннами специфическое вліяніе на сифилисъ, и я не принадлежу къ нимъ. Но вмѣстѣ съ этимъ, при леченіи и излеченіи сифилиса мозга, сѣрнымъ ваннамъ я приписываю серьезное значеніе. Скажу больше, большинство излеченныхъ мною случаевъ сифилиса мозга едва-ли бы достигли такъ быстро и такого прочнаго улучшенія безъ пособія сѣрныхъ ваннъ,—но объ этомъ рѣчь будетъ еще впереди.

При лечении сифилиса, сѣрные ванны употребляются съ тройкою цѣлью: подготовительною къ лечению ртутью и іодомъ, діагностическою и чисто лечебною.

Съ *подготовительною цѣлью* сѣрные ванны употребляются въ тѣхъ случаяхъ, когда, при изслѣдованіи больного, въ мочѣ оказывается ртуть,—такимъ образомъ организмъ является пресыщеннымъ ртутью и введеніе новыхъ дозъ ртути усилитъ только меркуріализмъ и нисколько не будетъ вліять цѣлбно на сифилитическія пораженія. Количество подготовительныхъ ваннъ можетъ быть очень разнообразно и опредѣляется болѣе или менѣе упорнымъ задержаніемъ ртути въ организмѣ,—иногда съ этою цѣлью приходится назначать 20—30 ваннъ.

Не однѣ только сѣрные ванны приносятъ пользу въ этомъ отношеніи, но точно также желѣзныя и другія, повышающія и усиливающія обмѣнъ веществъ ванны,—вотъ почему, практикуя на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, прежде назначенія больному специфическаго лечения въ Пятигорскѣ, мы его посылаемъ въ Желѣзноводскъ или Эссентуки.

*Діагностическое значеніе* сѣрныхъ ваннъ основано на томъ, что иногда, въ сомнительныхъ случаяхъ сифилиса, сѣрные ванны способствуютъ наружному проявленію сифилиса и, такимъ образомъ, позволяютъ приступить къ энергичному противосифилитическому лечению. Извѣстно, что сифились, проциркулировавъ въ организмѣ въ видѣ сыпи, пораженія слизистыхъ оболочекъ и проч., какъ бы исчезаетъ изъ организма, не проявляясь никакими видимыми признаками существованія. Такой скрытый сифились, по Virchow'у, не находясь въ крови, можетъ скрываться въ системѣ лимфатическихъ желѣзъ. Можно думать, что часть сифилитическаго яда хранится и въ болѣзнен-

ныхъ измѣненіяхъ органовъ, остающихся послѣ сифилитическихъ поражений, какъ въ рубцахъ, образовавшихся послѣ сифилитическихъ язвъ, наростахъ и проч. Долгое время, при покойной жизни организма, эти залежи сифилиса остаются чисто пассивными, не вызывая въ организмъ никакихъ патологическихъ измѣненій, служащихъ указателемъ на ихъ присутствіе. Но они легко могутъ пробудиться и проявиться какъ въ тѣхъ случаяхъ, когда организмъ почему-либо ослабѣваетъ, на примѣръ, подъ вліяніемъ сильнаго истощенія, болѣзни и проч., — такъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда организмъ становится въ условія повышеннаго обмѣна веществъ. Въ послѣднемъ случаѣ залежи сифилитическаго яда промываются, выносятся наружу, разносятся по всему организму и даютъ кожныя и другія заболѣванія, какъ бы отъ новой инфекции организма. Послѣднее состояніе новой инфекции организма собственными железами можетъ быть произведено и искусственными мѣрами, повышающими обмѣнъ веществъ, на примѣръ, сѣрными ваннами. Ими-то именно и пользуются съ діагностическою цѣлью для очевиднаго доказательства присутствія въ организмѣ сифилитическаго яда. Теплыя и горячія сѣрныя ванны вызываютъ въ сифилитически затвердѣлыхъ желѣзахъ приливъ и обострѣніе страданія, результатомъ котораго и будетъ поступленіе въ лимфатическіе пути и кровь заразнаго вещества путемъ обратнаго всасыванія (С. А. Смирновъ).

Я лично почти никогда не пользовался сѣрными ваннами съ діагностическою цѣлью; но мнѣ приходилось неоднократно наблюдать рѣзкое проявленіе внѣшняго сифилиса подъ вліяніемъ горячихъ сѣрныхъ ваннъ. Я никогда не забуду случая бывшаго въ моей клиникѣ, въ которомъ сочеталась интоксикація сифилисомъ, ртутью, свинцомъ и табакомъ.

Энергичное противусифилитическое леченіе въ клиникѣ оставалось безъ послѣдствій по отношенію къ очень тяжкимъ нервнымъ болѣзнямъ, за то 30 Сабанинѣвскихъ ваннъ въ Пятигорскѣ въ 32 — 34<sup>9</sup> сначала даля 30 наружныхъ сифиломъ, а потомъ и полное исцѣленіе отъ нервного пораженія. Этотъ и другіе подобные случаи убѣдили меня, что сѣрныя ванны дѣйствительно могутъ служить съ діагностическою цѣлью при сифилисѣ, но только въ видѣ горячихъ ваннъ (32 — 34<sup>0</sup>), а не теплыхъ, какъ это нѣкоторые врачи рекомендуютъ.

Подобныя явленія сыпного сифилиса послѣ сѣрныхъ ваннъ мнѣ приходилось наблюдать не только на минеральныхъ водахъ въ Пятигорскѣ, но и при употребленіи искусственныхъ сѣрныхъ ваннъ въ клиникѣ.

*Лечебныя противусифилитическія сѣрныя ванны.* Никто теперь не станетъ утверждать, что сѣрныя ванны дѣйствуютъ специфическимъ образомъ на сифилитическія образованія въ организмѣ; но, вмѣстѣ съ тѣмъ, большинство врачей, имѣвшихъ въ своей практикѣ дѣло съ этими ваннами, не станетъ отрицать могущественнаго ихъ воздѣйствія въ дѣлѣ леченія сифилиса. Это ихъ могущественное вліяніе основывается на ихъ свойствѣ усиливать въ организмѣ обмѣнъ веществъ.

Мы знаемъ, что леченіе сифилиса мозга ртутью и іодомъ основано на стремленіи этихъ препаратовъ къ соединенію съ бѣлками и, въ силу извѣстныхъ условий, съ сифилизованными бѣлковыми образованіями въ особенности. Этимъ путемъ достигается первая половина леченія—разрушеніе сифилитическихъ образованій въ организмѣ. Но существуетъ еще вторая обязательная половина леченія сифилиса — освобожденіе организма отъ накопившихся продуктовъ обратнаго метаморфоза, отъ избытка ртути и отъ негодныхъ и засоряющихъ ор-

ганизмъ продуктовъ,—тѣмъ болѣе, что въ числѣ этихъ продуктовъ будетъ находиться и сифилитическое ядовитое вещество. Чѣмъ болѣе будетъ разрушено патологическихъ сифилитическихъ продуктовъ въ организмѣ и чѣмъ успѣшнѣе они будутъ вынесены изъ организма, тѣмъ больше расчета на успѣшнѣйшее освобожденіе организма отъ сифилитическаго яда и полное его исцѣленіе. Я увѣренъ, что это есть единственный и вѣрнѣйшій путь къ излеченію отъ сифилиса. Становясь даже на ту точку зрѣнія, что ни ртуть, ни іодъ не дѣйствуютъ на сифилитическій ядъ, специфически убивая его, я думаю, что путемъ повышеннаго обмѣна веществъ въ организмѣ, путемъ повышенной жизнедѣятельности въ лимфатической и кровеносной системахъ, путемъ возможнаго обновленія организма и скорѣйшаго освобожденія отъ продуктовъ обратнаго метаморфоза мы можемъ разрушить ткани, содержащія въ себѣ сифилитическій ядъ, и вынести его изъ организма. Разумѣется, какъ разрушительные приемы, такъ и освобождающіе организмъ отъ продуктовъ разрушенія должны быть весьма энергичны. Въ этомъ отношеніи сочетаніе леченія Hg и J съ сѣрными ваннами, на мой взглядъ, весьма рачіонально. Hg и J дѣйствуютъ разрушительнымъ образомъ на ткани, связанныя съ заразнымъ началомъ, а сѣрныя ванны выносятъ изъ организма продукты этого разрушенія, повышая отдѣленія кожею, легкими, почками и проч.

Какъ же дѣйствуютъ въ этомъ отношеніи сѣрныя ванны? Ихъ дѣйствіе основано на различныхъ ихъ особенностяхъ: тутъ дѣйствуетъ и сѣроводородъ, и температура ихъ и проч.

По мнѣнію Reumonja'a, SH сѣрныхъ ваннъ дѣйствуетъ разрушительнымъ образомъ на альбуминаты ртути и такимъ образомъ способствуетъ какъ выдѣле-



нію разрушенныхъ альбуминатовъ, такъ и самой ртути. Наблюденія Вица, Кадкина, Боровскаго и др. прямо говорятъ за усиленіе выдѣленія ртути изъ организма подѣ вліяніемъ сѣрныхъ ваннъ. Такое усиленное выдѣленіе ртути благопріятствуетъ новому введенію ртути въ организмъ и слѣдовательно новой возможности разрушенія специфическихъ образований. Такимъ образомъ, чѣмъ больше количество сѣроводорода будетъ въ ваннахъ, тѣмъ энергичнѣе эти ванны будутъ дѣйствовать на сифилитическій организмъ, способствуя его очищенію.

Но кромѣ своего химическаго состава, сѣрныя ванны дѣйствуютъ своей температурой. Чѣмъ выше температура сѣрныхъ ваннъ, тѣмъ и дѣйствіе ихъ интенсивнѣй.

Правильна-ли химическая теорія воздѣйствія сѣрныхъ ваннъ на ртутный альбуминатъ организма или нѣтъ,—я не берусь судить; но считаю сѣрныя воды высокой температуры и съ большимъ содержаніемъ SH могущественнымъ факторомъ въ дѣлѣ леченія сифилиса и въ этомъ отношеніи Сабанѣвскія ванны Пятигорска являются незамѣнимымъ даромъ Божіимъ въ дѣлѣ леченія хроническихъ формъ сифилиса центральной нервной системы. Мнѣ было бы очень жаль, если бы оправдался слухъ, циркулирующій на кавказскихъ минеральныхъ водахъ объ уничтоженіи Сабанѣвскихъ ваннъ; напротивъ, я бы ихъ расширилъ, улучшилъ и усилилъ надзоръ за правильною ихъ функціею, такъ какъ въ этомъ они безусловно нуждаются.

Разумѣется, сѣрныя ванны могутъ быть какъ искусственныя, такъ и естественныя. Для ихъ правильнаго и надлежащаго воздѣйствія требуются благопріятныя климатическія условія. Къ такимъ условіямъ относятся жаркій климатъ, сухой воздухъ и даже су-

хой вѣтеръ и возможность движенія для больного. По этой причинѣ лечебныя мѣста съ сѣрными ваннами будутъ тѣмъ могущественнѣй и благотворнѣй, чѣмъ болѣе они будутъ приближаться къ вышеуказаннымъ условіямъ,—почему лечебныя мѣста средней полосы Европы будутъ удобнѣе, чѣмъ сѣверной, а лечебныя мѣста южной полосы еще благотворнѣй, чѣмъ средней. Въ отношеніи климатическихъ условій Пятигорскъ не имѣетъ себѣ конкурента. Расположенный въ горной мѣстности Кавказа онъ даетъ цѣлый рядъ источниковъ сѣрной воды, различной температуры и различнаго химическаго состава. Воздухъ Пятигорска лѣтомъ сухой, жаркій и даже знойный. Сухіе вѣтры способствуютъ невѣроятному потѣнію. Близость Желѣзноводска, Эссентуковъ и Кисловодска даетъ возможность разнообразить леченіе и давать полезныя перерывы и замѣны другими водами. Наконецъ, самое неблагоустройство города обращается въ его пользу, заставляя больныхъ бѣжать отъ городской пыли и невозможныхъ мостовыхъ, по шоссе къ провалу, на Машуку и другія горныя мѣстности. Все это способствуетъ усиленной дѣятельности организма, усиленному потѣнію и освобожденію организма отъ ядовитаго сифилитическаго начала. Вотъ почему, не смотря на крайнее неблагоустройство Пятигорска, не смотря на безпорядки въ немъ, не смотря на полную опасность, что васъ ограбятъ, прежде чѣмъ вы вступите въ городъ, а также и въ городѣ, безъ всякой въ этомъ отношеніи охраны со стороны полиціи,—я, все-таки, предпочитаю Пятигорскъ всѣмъ остальнымъ лечебнымъ мѣстамъ.

Кромѣ наружнаго назначенія сѣрной воды, въ видѣ ваннъ, нѣкоторые врачи назначаютъ ее и внутрь. По мнѣнію опытныхъ мѣстныхъ врачей Пятигорска, принимаемая внутрь сѣрная вода (преимущественно Ели-

заветинскаго источника) приносить значительную пользу дѣтямъ съ врожденнымъ сифилисомъ.

Желая болѣе способствовать обмѣну веществъ при леченіи моихъ больныхъ, я всегда почти одновременно съ этимъ назначаю небольшія дозы Эссентуковъ № 17, приблизительно по  $\frac{1}{2}$  стакана утромъ и вечеромъ. Въ другихъ случаяхъ приходится съ пользою назначать желѣзноводскія воды, а также, какъ легкое послабляющее, мѣстную горькую воду «Марія Терезія».

Позволю себѣ между прочимъ сказать нѣсколько словъ объ этой полезной водѣ. Ежегодно въ предѣлахъ нашего отечества десятками тысячъ бутылокъ расходуется горькая слабительная венгерская вода Nupiadі Janos. Между тѣмъ, какъ наша кавказская вода Маріи Терезіи, и несравненно болѣе пріятная на вкусъ, и несравненно нѣжнѣе дѣйствующая на организмъ, остается въ совершенной-неизвѣстности. Мы увѣрены, что новый правительственный комисаръ кавказскихъ минеральныхъ водъ позаботится и о правильномъ добываніи этой воды, и большемъ распространеніи ея въ Россіи, и, быть можетъ, уничтожить совершенно не имѣющее у насъ никакого смысла и странное для нашего уха названіе ея «Маріи Терезіи».

Сѣрные ванны различными врачами назначаются неодинаково: одни назначаютъ ихъ ежедневно, другіе черезъ день и даже черезъ два. Я лично, желая достигнуть возможно скорѣйшаго обмѣна веществъ, назначаю ихъ ежедневно, причемъ для субъектовъ слабыхъ Товіевскія ванны 27—28°, для болѣе сильныхъ Николаевскія и Ермоловскія съ t 28° и постепенно повышая до 30—32°,--для совершенно же крѣпкихъ—Сабанѣвскія съ 28° и до 32. Въ большинствѣ случаевъ назначенію Сабанѣвскихъ ваннъ предшествуетъ 5—10 ваннъ Николаевскихъ. Достиг-

нужь постепенно той или другой наибольшей высоты температуры ваннъ, при окончаніи леченія температура ихъ постепенно понижается вновь и оканчиваются ванны на 28—27°.

Назначая ванны такихъ высокихъ температуръ, я, естественно, былъ остороженъ въ выборѣ больныхъ и прописывалъ ихъ больнымъ болѣе или менѣе крѣпкимъ и сильнымъ и такимъ, которымъ не грозили апоплектиформные приступы. До сихъ поръ я никогда не видѣлъ никакихъ слѣдовъ дурнаго вліянія этихъ ваннъ и горячо рекомендую ихъ всѣмъ страдальцамъ, принужденнымъ имѣть дѣло съ ртутью, іодомъ и сѣрными ваннами.

Въ [Пятигорскѣ мы имѣемъ ванны: тепло-сѣрныя, въ которыхъ сѣрнистый водородъ опредѣляется только по запаху, Товіевскія 33,6 R съ 0,7 SH, Николаевскія 36° R съ 2,2 SH, Ермоловскія 3,8 R, съ 2,5 SH и Сабанѣевскія 38 R съ 3,3 SH.

Bauke <sup>1)</sup> и Goldstein <sup>2)</sup> высказались за то, чтобы лицамъ, страдающимъ сифилисомъ мозга, при леченіи ртутью и іодомъ, назначались сѣрныя ванны не выше 26 — 28°. Можетъ быть по отношенію къ Ахену это положеніе и примѣнимо; но оно вовсе непримѣнимо по отношенію къ Пятигорску и другимъ кавказскимъ сѣрнымъ водамъ. Прежде всего при 26 — 27° сѣрныя ванны Пятигорска будутъ уже не сѣрными, а безразличными, такъ какъ при такой температурѣ SH выпадаетъ; а во-вторыхъ, если для Ахсена температура 26 — 27° можетъ считаться теплою, то для Пятигорска, гдѣ во время лечебнаго сезона температура атмосферы стоитъ на 35 — 50° — ванны въ 26—27° будутъ прохладными и многіе больные отъ нихъ даже отказываются. Напротивъ, ванны въ 30—32° пе-

<sup>1)</sup> Bauke, Berlin, klin. Wochenschrift, 1890, № 32.

<sup>2)</sup> Goldstein, Berlin. klin. Wochenschrift, 1890, № 35.

реносятся свободно и очень многіе больные просятъ ихъ назначенія. Вотъ почему мы приравниваемъ наши Пятигорскія ванны въ 30 — 32° къ Ахенскимъ ваннамъ въ 26—28°.

Сказавъ о леченіи сифилиса мозга минеральными водами, мы должны упомянуть о способѣ леченія сифилиса *тепломъ* безъ особеннаго специфическаго леченія. Примѣненіе тепла можетъ быть двоякое: въ видѣ сухихъ горячихъ ваннъ и въ видѣ теплыхъ водныхъ ваннъ, а также въ видѣ сухихъ и водныхъ бань.

Леченіе сифилиса горячими ваннами дѣло не новое и принадлежитъ къ народнымъ средствамъ. Д-ръ Степановъ, изучавшій этотъ вопросъ научно, говоритъ, что горячія воздушныя ванны, кромѣ вліянія на явленія меркуриализма, вліяютъ тоже въ нѣкоторыхъ случаяхъ и на излеченіе явленій сифилиса, безъ одновременнаго употребленія противусифилитическихъ медикаментовъ. Почти тоже утверждаютъ Усасъ и Калашниковъ по отношенію къ теплымъ и горячимъ ваннамъ. Ихъ расчетъ, очевидно, основанъ на повышенномъ обмѣнѣ веществъ въ организмѣ подѣ вліяніемъ тепла и на усиленномъ выведеніи изъ организма продуктовъ обратнаго метаморфоза. Если даже эти способы не совершенно излечиваютъ сифилисъ, то во всякомъ случаѣ тепло нельзя не считать однимъ изъ важныхъ дѣятелей при леченіи сифилиса. Съ этой-то точки зрѣнія Пятигорскъ, какъ лечебная станція, заслуживаетъ предпочтенія предъ остальными европейскими лечебными станціями.

Мнѣ неоднократно приходилось наблюдать больныхъ сифилисомъ центральной нервной системы изъ Закавказья, Туркестанскаго края и проч.,—и мои личныя наблюденія говорятъ мнѣ, что сифилисъ въ этихъ странахъ протекаетъ значительно легче, чѣмъ въ Европѣ.

Многіе сифилитики, проживавшіе въ Туркестанѣ долгіе годы безъ всякой тревоги по отношенію къ сифилису, по переселеніи въ Европейскую Россію немедленно обнаруживали явленія сифилиса и должны были настоячиво лечиться. Возвращеніе въ Туркестанъ часто совершенно прекращало приступы и проявленія сифилиса. Въ этомъ отношеніи я не могу не видѣть благотворнаго вліянія тепла на теченіе болѣзни, хотя не могу также согласиться и съ тѣмъ, чтобы одно только тепло могло излечить сифилисъ.

*Усиленное питаніе сифилитиковъ.* Третьимъ важнѣйшимъ лечебнымъ факторомъ при леченіи сифилиса мозга является усиленное кормленіе и питаніе больныхъ. Въ самомъ дѣлѣ, какъ мы видѣли, одни изъ лечебныхъ приемовъ назначены съ цѣлію разрушенія патологическихъ тканей организма,—при этомъ, разумѣется, дѣло никогда не ограничивается однѣми только патологическими тканями, но захватываются и нормальныя,—другіе изъ этихъ приемовъ служатъ къ скорѣйшему удаленію этихъ разрушенныхъ продуктовъ, опять таки, путемъ усиленія жизнедѣятельности организма. Такимъ образомъ, свѣчка жизни сожигается съ двухъ концовъ: и болѣзью и леченіемъ.

При такомъ чрезмѣрномъ перерасходованіи жизненныхъ силъ и матеріи организма, естественно, требуется и чрезмѣрное или усиленное питаніе его. Поэтому мы всегда при леченіи сифилитика, особенно въ Пятигорскѣ, на ряду съ обычнымъ питаніемъ, назначаемъ пищевыя экстрапорціи. Къ такимъ экстрапорціямъ относятся: мясной порошокъ, кумысъ, яйца, большія порціи молока и проч. При строгомъ выполненіи больными нашего пищевого назначенія, намъ очень рѣдко приходилось наблюдать случаи такого фактическаго исхуданія и истощенія подъ вліяніемъ энергичнаго леченія, чтобы нужно было прекращать леченіе и посы-

лать больныхъ на временную поправку въ Желѣзно-водскъ или Кисловодскъ.

Рядомъ съ количественнымъ увеличеніемъ пищевыхъ веществъ, мы позволяли больнымъ употребленіе не крѣпкаго какао, шеколада, кофе и проч. Въ виду большого соблазна для окружающихъ, вино изгонялось изъ употребленія, но за то, для лицъ привычныхъ, маленькая рюмочка горькой водки передъ обѣдомъ разрѣшалась.

Относительно пищи сифилитиковъ мы должны повторить банальную фразу: *она должна быть удобоварима и легко усвояема* (интересно знать, при какихъ болѣзняхъ она должна быть неудобоварима и нелегко усвояема?!), эта аксіома особенно важна для сифилитиковъ, такъ какъ здѣсь требуется сугубое и введеніе пищи и ея усвоеніе.

Противупоказанными при этомъ леченіи считаются всѣ кислые, соленые и копченые продукты. Исключается также изъ употребленія: зелень, ягоды, сырые плоды и овощи, слоеное тѣсто и проч.

Вообще при героическомъ антисифилитическомъ леченіи больной лучше сдѣлаетъ, если не будетъ ничего употреблять въ пищу безъ разрѣшенія врача. Излишняя назойливость въ данномъ случаѣ будетъ оправдана и врачомъ, и результатами леченія.

Рядомъ съ усиленнымъ кормленіемъ мы назначаемъ больному усиленное движеніе и постоянное пребываніе на свѣжемъ воздухѣ. Комната больному должна служить только для ночи и для отдыха послѣ ванны.

*Куреніе исключается абсолютно*; половое удовлетвореніе во время леченія также не имѣетъ мѣста.

Во избѣжаніе всякихъ недоразумѣній и непріятныхъ случайностей для огромнаго большинства случаевъ мы назначаемъ въ Пятигорскѣ шаблонный поря-

докъ дня, который, приблизительно, представляется въ такомъ видѣ.

Вставать въ 5 ч. утра. По совершении всѣхъ неизбѣжныхъ процедуръ жизни, больной выпиваетъ стаканъ молока съ іодомъ и отправляется гулять. Походивъ съ полъ часа, онъ или отправляется въ ванну, или пьетъ полъ стакана эссенуковъ, или кумысъ, смотря по назначенію. Послѣ прогулки еще получаса, больной можетъ отправиться домой и пить чай или кофе.

Если онъ передъ этимъ имѣлъ ванну, то лучше всего послѣ ванны и напившись чаю съ часикъ отдохнуть въ постели, но не спать.

Часовъ въ 8— $1\frac{1}{2}$  9, больной кушаетъ жареное мясо, или пьетъ порцію молока, или кушаетъ порцію мясного порошка и за симъ отправляется гулять до десяти часовъ. Въ этотъ же промежутокъ времени удобно пить новую порцію кумыса, или къ 10 часамъ принимать ванну, или пить порцію эссенуковъ.

Время отъ 10 до 12 часовъ обыкновенно назначается на врачебную визитацію. Больные посѣщаютъ врача, принимаютъ сеансъ электричества, подвѣшиванія, прижиганія и проч. Для тѣхъ больныхъ, которые отдѣляются скоро отъ врачебной визитаціи, это время удобно для ванны, питья эссенуковъ, питья кумыса и послѣдующаго за ними 20—30 минутнаго хожденія.

12—1 часъ время—обѣденное, послѣ чего больной направляется на 1—2 часа домой отдохнуть, но не спать. Въ три часа больной вновь появляется на бульварѣ, для созерцанія себѣ подобныхъ и критическаго обсужденія собратовъ, особенно же лечебныхъ приѣмовъ врачей и мѣстной водяной администраціи.

Въ 4 часа приѣмъ эссенуковъ, или кумыса, или іода съ молокомъ и, за тѣмъ, медленный подъемъ къ Елизаветинскому вокзалу съ тѣмъ, чтобы въ 5 часовъ дви-



нуться, по желанію и усмотрѣнію, или на горячую гору, или на провалъ, а кому и на Машуку. Запасливые люди на эту прогулку берутъ съ собою закуску, въ видѣ куска мяса, или молока. Тѣ, кто остается внизу, продолжаютъ благочестивыя размышленія на тему объ изгнаніи врачей, истребленіи города, измѣненіи администраціи и проч., пьютъ кумысъ, или молоко и прогуливаются. Для лицъ, непринявшихъ ванну утромъ, это самое удобное время для нея. Въ шесть часовъ желательна мясная закуска, послѣ чего больные наслаждаются на бульварѣ музыкою, цвѣтникомъ и лицезрѣніемъ вновь пріѣзжихъ и мѣстныхъ жителей, обыкновенно къ тому времени гуляющихъ на бульварѣ. Въ 8 часовъ быстрое направленіе домой, чай и въ 9 ч. сонъ.

Втиранья дѣлать лучше всего вскорѣ послѣ ванны, такъ какъ въ эту пору кожа еще настолько свѣжа и бодра, что легко впитываетъ втираемое.

Таковъ день нашего больного въ Пятигорскѣ. Онъ всецѣло отдается леченію и освобождаетъ свою больную голову отъ всякихъ занятій и напряженія. Единственная, допускаемая на водахъ, умственная работа—это чтеніе «Новаго времени» въ четвертомъ часу дня,—за то строжайше воспрещается писанье корреспонденцій съ минеральныхъ водъ въ газеты.

Этими элементарными пріемами при леченіи сифилиса въ огромномъ большинствѣ случаевъ мы и ограничиваемся; этимъ же мы ограничиваемся и въ своемъ изложеніи предпринятаго нами курса лекцій. Болѣе подробныя частности мы оставляемъ изложенію нашихъ достойнѣйшихъ товарищей специалистовъ сифилитологовъ, которые къ тому имѣютъ несравненно болѣе и опыта, и свѣдѣній и искусства изложенія.

Добавимъ только, что пользуясь этими простѣйшими пріемами мы весьма часто достигали желанной

нами задачи—т. е. устраненія сифилиса, какъ основы данной нервной болѣзни.

Я прошу васъ обратить особенное ваше вниманіе на послѣднюю мою фразу, т. е. на то, что всѣми вышеизложенными приемами мы излечиваемъ не нервную болѣзнь, напр. эпилепсію, параличъ, судоргу, спинную сухотку и проч.,—а только лишь ту специфическую основу, на которой эти болѣзни появляются.

Было-бы ошибкой думать, что всѣ нервныя страданія, даже простыя стрѣляющія боли табетика, являющіяся на сифилитической почвѣ, пройдутъ отъ одного только антисифилитическаго леченія.

Никогда не слѣдуетъ при этомъ забывать, что во всѣхъ этихъ случаяхъ болѣзнь складывается изъ экстранейрального заболѣванія и интранейрального заболѣванія. Первое бываетъ сифилитическаго характера, второе же является слѣдствіемъ нарушенія питанія отъ присутствія перваго заболѣванія.

Устраненіе сифилитическаго заболѣванія еще не устраняетъ нарушеннаго питанія нервныхъ элементовъ и тѣхъ органическихъ измѣненій въ нихъ, которыя отъ этого произошли, а также и не возстановляетъ функцій этихъ нарушенныхъ элементовъ.

Для этого существуютъ особыя методы, особыя приемы и особыя назначенія, составляющія содержаніе общей неиротерапіи.

Мы не можемъ долго останавливаться на перечисленіи и изложеніи этихъ приемовъ, такъ какъ это составляетъ содержаніе моего обязательнаго курса и я позволю себѣ только намѣтить ихъ для примѣненія при леченіи частныхъ проявленій сифилиса мозга.

Скажу еще разъ: жестоко ошибаются тѣ, кто рассчитываетъ излечить всѣ нарушенія въ нервной системѣ сифилитическаго характера примѣненіемъ одного только противусифилитическаго леченія.

---

## ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

### Леченіе болѣзненныхъ формъ мозгового сифилиса, имѣющихъ въ основѣ своей сифилитическое пораженіе.

Я считаю необходимымъ оговориться предъ вами еще разъ, что я не буду останавливаться на подробномъ изложеніи леченія болѣзненныхъ формъ и симптомовъ въ области нервной системы, имѣющихъ въ основѣ своей сифилитическія пораженія, и ограничусь лишь указаніемъ на нихъ, такъ какъ подробное изложеніе ихъ вы слышите въ общемъ курсѣ.

Въ порядкѣ послѣдовательности появленія болѣзненныхъ явленій при сифилисѣ мозга на первомъ планѣ является *головная боль*. Лучшимъ средствомъ противъ этого явленія будетъ антисифилитическое леченіе. Но оно для своего воздѣйствія требуетъ времени, тогда какъ больной мучается, не терпитъ и проситъ васъ объ облегченіи. Замѣчательно, что въ этихъ случаяхъ кокаинъ, антифебринъ, антипиринъ, фенацетинъ, кодеинъ и проч., только въ рѣдкихъ случаяхъ приносятъ больному облегченіе,—въ большинствѣ же случаевъ ихъ назначеніе остается безъ вліянія.

Лучше уже дѣйствуютъ въ такихъ случаяхъ, отвлеченіе на кишечникъ, повышеніе дѣятельности сердца, легкія успокаивающія средства, какъ: броматы, аq. amygdal. amag. и проч. Но гораздо могущественнѣе и вѣрнѣе дѣйствуетъ отвлеченіе ad nucham, или за ушами. Ближе всего подъ руками *горчичники*, но, при всемъ ихъ хорошемъ вліяніи, они представляютъ и неудобства: 1-е они слишкомъ энергично вліяютъ въ моментъ ихъ приложенія, такъ что слишкомъ измучиваютъ боль-

ныхъ и 2-е обусловливаемый ими эффектъ бываетъ слишкомъ непродолжителенъ.

Лучше въ этомъ отношеніи являются мушки, — будутъ-ли то обычныя мушки, или миланскія мушки, или *collodium cantharidatum*. Они не такъ сильно мучаютъ больного въ моментъ примѣненія и даютъ болѣе продолжительный эффектъ. Но и онѣ представляютъ неудобства. Мы знаемъ, что сифилисъ есть поражение конституціональное, не щадящее ни одного органа, а въ томъ числѣ и почекъ. Назначеніе мушекъ можетъ очень неблагоприятно дѣйствовать на почки, въ однихъ случаяхъ вызывая раздраженіе оныхъ своимъ кантаридиномъ, въ другихъ же усиливая и поддерживая уже существующее органическое поражение оныхъ. Вотъ почему я, обыкновенно, избѣгаю назначенія мушекъ при болѣзняхъ, обусловленныхъ сифилитическимъ поражениемъ. Кромѣ того, мушки даютъ открытую поверхность кожи, на которой очень легко и съ большою охотою находятъ себѣ пріютъ рожистые и другіе микробы. Наконецъ, мнѣ не разъ приходилось наблюдать, когда на открытой поверхности отъ мушки появлялись сифилитическія разраженія. Въ виду всего вышесказаннаго я, какъ отвлекающее при сильныхъ головныхъ боляхъ при сифилисѣ мозга, всегда предпочитаю термокаутеризацію аппаратомъ Пакелена. Она мимолетна, не мучительна, даетъ легкое раздраженіе, покрытое струпомъ и избавляетъ отъ всякихъ непріятныхъ осложнений. Но и въ этомъ случаѣ я вамъ рекомендую только легчайшія, точечныя прижиганія и рѣшительно отвергаю глубокія прижиганія, — излишне мучительныя и не только не успокаивающія, а, напротивъ, раздражающія больного. Очень хороши для прижиганій химическіе карандаши, приготовляемые въ Харьковѣ проф. Чириковымъ.

Леченіе сифилитическаго головокруженія и дурноты рѣдко представляетъ затрудненіе. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ приставленная мушка, или прижиганіе избавляютъ больного отъ мучительныхъ приступовъ дурноты и головокруженія. Но въ иныхъ случаяхъ этого бываетъ недостаточно, тогда существенную пользу приносятъ средства, упорядочивающія дѣятельность сердца, какъ: *convallaria majalis*, *adonis vernalis* и проч. Кромѣ того, слѣдуетъ обращать вниманіе на явленія, сопровождающія дурноту, — будутъ ли здѣсь имѣть мѣсто явленія мозгового малокровія, или полнокровія, — и соотвѣтственно этому добавляютъ средства стимулирующія дѣятельность сердца, или же слегка успокаивающія и отвлекающія.

Важнымъ и серьезнымъ моментами въ теченіи мозгового сифилиса является тотъ періодъ, когда у больного наступаютъ временные и скоропроходящіе параличи. Это есть первое предостереженіе грядущихъ весьма серьезныхъ несчастій въ формѣ стойкихъ параличей, эпилепсін, афазіи и проч.

Въ этотъ моментъ требуется весьма большая осторожность и вниманіе со стороны лечащаго врача. Пропустить моментъ для примѣненія специфическаго леченія — значитъ толкнуть больного по наклонной плоскости пораженія, — назначить слишкомъ энергическое специфическое леченіе также нельзя, такъ какъ при быстрой резорпціи патологическихъ продуктовъ въ сосудистой системѣ легко можетъ наступить разрывъ и кровоизліяніе въ мозгъ. Поэтому специфическое леченіе въ данный моментъ должно быть весьма и весьма осторожнымъ — не слабымъ, но и не сильнымъ. Кромѣ того врачъ долженъ обратить вниманіе на всѣ органы организма и ихъ отправления. Малѣйшія нарушенія отправления кишечника — въ видѣ ли запора, или поноса —, кожи, почекъ, сердца и проч. могутъ роковымъ обра-

зомъ отозваться на дѣятельности мозга. Врачу, вообще, не слѣдуетъ быть узкимъ спеціалистомъ, въ этотъ же моментъ ему непозволительно быть таковымъ. Насколько важно въ данномъ случаѣ преслѣдовать сифилисъ и заболѣваніе нервной системы, на столько же важно изслѣдовать и слѣдить за остальными органами тѣла.

Во всякомъ случаѣ въ періодѣ скоропроходящихъ параличей слѣдуетъ назначать средства, регулирующія дѣятельность сердца, успокаивающія нервную систему и слегка отвлекающія на кишечникъ, почки и кожу. Умственные занятія, усиленный физическій трудъ, сильныя волненія и проч. должны быть строжайше запрещены

Леченіе сифилитической эпилепсіи должно быть далеко неодинаково, въ зависимости отъ того, съ какою формою ея мы имѣемъ дѣло. Если это будетъ эпилепсія наслѣдственная медуллярная, то она должна быть лечима обычнымъ способомъ броматами (Ковалевскій<sup>1</sup>), но при этомъ обязательно добавлять небольшое количество іодистыхъ препаратовъ. Я обыкновенно назначаю іодистые препараты въ теченіе перваго года леченія броматами; изъ препаратовъ предпочитаю *natrum jodatum*, или *ferrum jodatum*, gr 5—3 pro die, ежедневно.

Иное леченіе наслѣдственной сифилитической эпилепсіи кортикальной, когда въ основѣ ея лежитъ сифилома. Въ этихъ случаяхъ всегда должно назначать энергичное специфическое леченіе, въ видѣ большихъ дозъ іодистыхъ препаратовъ, или большихъ ртутныхъ втираній. Рядомъ съ этимъ необходимо назначать также и бромистое леченіе, но оно здѣсь имѣетъ второстепенное значеніе,—поэтому броматы назначаются въ количествахъ 15—20 gr pro die въ теченіе всего времени леченія сифилиса мозга. Приноситъ пользу также и

---

<sup>1</sup> П. И. Ковалевскій, Эпилепсія, 1890.

постоянный церебральный токъ, назначаемый черезъ день, или черезъ два.

При леченіи сифилитической эпилепсіи благопріобрѣтенной, обусловливаемой отдѣльными гумозными образованіями, или разлитымъ гумознымъ сифилисомъ, на первомъ планѣ должно имѣть специфическое леченіе. Броматы, электричество и проч. составляютъ моменты второстепенной важности. Жизненный режимъ долженъ быть тотъ самый, какой при леченіи сифилиса мозга.

При леченіи сифилитической эпилепсіи, иногда наступающей подъ вліяніемъ слишкомъ энергичнаго и быстраго леченія, требуется та же осторожность и вниманіе со стороны врача, какъ и въ случаяхъ скоропроходящихъ, сифилитическихъ параличей. Броматы и электричество имѣютъ здѣсь мѣсто только въ очень ограниченной мѣрѣ.

Эпилепсія, являющаяся вслѣдствіе образовавшагося на мѣстѣ гумознаго пораженія рубца, является весьма упорной и неподатливой для леченія. Специфическое леченіе мало принесетъ здѣсь пользы. Напротивъ, я здѣсь видѣлъ значительный успѣхъ отъ продолжительнаго и настойчиваго примѣненія постояннаго церебральнаго тока. Правда, при этомъ приходится примѣнять электрическое леченіе едва ли не годами и самые сеансы должны быть очень продолжительны, но за то оно постепенно успокаиваетъ церебральную возбудимость и прекращаетъ приступы эпилепсіи. Броматы при этомъ должны быть примѣняемы, какъ и при обычной медулярной или эссенціальной эпилепсіи и такой же срокъ, но въ значительно меньшихъ размѣрахъ. При этомъ видѣ эпилепсій я назначаю ежедневно сеансы постояннаго церебральнаго тока 5—10', бромистые препараты 15—20 gr pro die въ теченіе двухъ лѣтъ и іодистые препараты 5—10 gr pro die въ теченіе перваго года.

При леченіи стойкихъ параличей, кромѣ специфическаго леченія, мы назначаемъ массажъ, гимнастику и электричество. Электричество назначается въ формѣ постоянного тока для головы и въ формѣ фарадическаго для парализованныхъ членовъ.

При анестезіяхъ я очень часто съ пользою примѣнялъ фарадическій токъ и *катодный полюсъ* постоянного тока,—при гиперестезіяхъ, особенно болевыхъ, а также при нейралгіяхъ, съ пользою примѣняли Ан постоянного тока.

Самое ужасное явленіе при леченіи мозгового сифилиса представляетъ атрофія зрительнаго нерва. Прежде всего, разъ появившись, она почти всегда развивается чрезвычайно быстро. Специфическое леченіе, направленное противъ пораженія головного и спинного мозга, не только не облегчаетъ названнаго страданія, а, напротивъ, усиливаетъ. Врачъ, встрѣтившійся съ развивающеюся атрофіей зрительнаго нерва, становится въ весьма затруднительное положеніе, не зная чѣмъ помочь больному. Отвлеченія, измѣняющія средства, фосфоръ, стрихнинъ—все это остается безъ результатовъ. Единственнымъ, сколько-нибудь помогающимъ, средствомъ считается постоянный токъ, примѣненный въ области зрительнаго нерва. Были случаи, въ которыхъ мнѣ лично удавалось не только пріостановить грядущую слѣпоту, но и возстановить, хотя отчасти, потерянное. Но такіе случаи составляли рѣдкость,—большинство же оставалось безъ послѣдствій. Правда, немногіе больные обладали терпѣніемъ продолжать сеансы долгое время, тогда какъ на хорошіе результаты можно рассчитывать только при весьма продолжительномъ примѣненіи электрическаго тока, иногда длящагося годами. Въ послѣднее время вновь рекомендуютъ при леченіи атрофіи п. optici примѣненіе постоянного тока, но хорошіе результаты



отъ примѣненія гальванизации наблюдались только отъ очень продолжительнаго примѣненія.

Что касается леченія психическихъ разстройствъ, зиждящихся на сифилитическомъ основаніи, какъ-то: маніи, меланхоліи, деменціи, псевидопаралича и проч., то леченіе ихъ очень длительно, требуетъ спеціальнаго ухода и леченія въ спеціальныхъ заведеніяхъ для нервныхъ и душевныхъ больныхъ.

На леченіе *tabes dorsualis* существуетъ два взгляда: одни смотрятъ на нее, какъ на болѣзнь *sui generis* спинного мозга и лечатъ ее различными подходящими къ тому средствами,—другіе смотрятъ на нее, какъ на пораженіе сифилитическое и лечатъ ее антисифилитическими средствами. Однако и тѣ и другіе сторонники не исполнѣ бываютъ удовлетворены результатами своего леченія.

Между тѣмъ, дѣло безконечно выигрываетъ отъ сочетанія обоихъ способовъ леченія совмѣстно; разумѣется, я говорю о тѣхъ случаяхъ *tabes dorsualis*, въ основѣ которыхъ лежитъ сифилитическое пораженіе.

Такимъ больнымъ, кромѣ ртутныхъ втираній, іода, сѣрныхъ ваннъ и усиленнаго питанія, я одновременно назначаю: электричество, прижиганія вдоль позвоночника, подвѣшиванія, массажъ и проч., т. е. всѣ тѣ лечебныя приемы, которые были бы примѣнены и въ томъ случаѣ, еслибы *tabes dorsualis* была и не сифилитическаго происхожденія.

Изъ наиболѣе выдающихся непріятныхъ явленій спинной сухотки можно указать на молніеобразныя стрѣляющія боли въ ногахъ. Всѣ наркотическія мази, назначаемыя въ этихъ случаяхъ, я считаю бесполезною и даже вредною пачкотнею, къ которой я ни разу не прибѣгалъ въ теченіи всей моей практики. Массажъ, теплыя ванны, постоянный токъ и проч.,

назначаемые въ этихъ случаяхъ, обыкновенно, не достигаютъ, или достигаютъ далеко не всегда, искомой цѣли.

Самымъ лучшимъ средствомъ, по моему мнѣнію, противъ молніеобразныхъ табетическихъ болей является сильный фарадическій токъ, примѣняемый на голени, — а также легкія прижиганія въ поясничной области позвоночника.

Очень много писалось о цѣлебномъ дѣйствіи при *tabes dorsualis* постоянного спинальнаго тока. Очень большое количество случаевъ въ моей практикѣ позволяетъ мнѣ сказать, что отъ примѣненія спинальнаго постоянного тока при *tabes dorsualis* я не видѣлъ особенно рѣзкихъ результатовъ, — онъ въ этомъ случаѣ уступаетъ очень многимъ другимъ, употребляемымъ при этомъ, средствамъ.

Гораздо съ большею пользою мнѣ удавалось при данной болѣзни примѣнять индуктивный токъ, какъ противъ стрѣляющихъ болей, такъ точно и противъ пареза мочевого пузыря, импотенціи и проч.

Нѣсколько лѣтъ назадъ нашъ русскій ученый, О. О. Мочутковскій, обнародовалъ новый способъ леченія хроническихъ спинно-мозговыхъ заболѣваній, *подвѣшиваніе*. Этотъ способъ леченія, подхваченный французами, возведенъ едва ли не въ радикальный способъ излеченія всѣхъ спинно-мозговыхъ заболѣваній. Опытъ критическое отношеніе къ дѣлу, скоро охладили пылъ увлекающихся и поставили подвѣшиваніе на должное мѣсто среди другихъ способовъ леченія нервныхъ больныхъ.

Отрицать совершенно значеніе подвѣшиванія, какъ лечебнаго средства при спинно-мозговыхъ заболѣваніяхъ было-бы несправедливо, какъ несправедливо возводить этотъ способъ въ радикальный при спинно-мозговыхъ заболѣваніяхъ. При *tabes dorsualis* подвѣшиваніе приноситъ пользу, но только должно употреблять его не

чаще какъ чрезъ 3—4 дня, — время подвѣшиванія 1—5'. Кромѣ *tabes dorsualis* я наблюдаю порядочные результаты отъ подвѣшиванія при *sclerosis lateralis*, импотенціи, спинальной нейрастеніи и проч.

Въ числѣ другихъ лечебныхъ приѣмовъ при спинной сухоткѣ я очень цѣню термокаутеризацію позвоночника. Она сразу умѣряетъ болѣзненные явленія и тонизируетъ нервную систему. Прижиганія я произвожу чрезъ 7 — 10 дней, но эти прижиганія дѣлаются совершенно поверхностно. Я рѣшительно возстаю противъ глубокихъ и жестокихъ прижиганій, они не только бесполезны, а нерѣдко даже приносятъ вредъ.

Гимнастика и массажъ также нерѣдко служатъ свою службу.

Упомянувъ о всѣхъ вышеизложенныхъ добавочныхъ способахъ леченія, я долженъ сказать, что многіе изъ товарищей примѣняли эти способы и оставались ими недовольны. Причина этому недовольству, по моему, лежитъ въ нихъ самихъ. Въ самомъ дѣлѣ, сплошь и рядомъ приходится наблюдать такого рода способъ леченія: является табетикъ съ сифилитической подкладкой. Назначается 50—60 драхмовыхъ фрикцій. Не помогаетъ. Тогда назначаютъ большія дозы іода мѣсяцъ—полтора, не помогаетъ. Тогда специфическое леченіе въ сторону и начинаютъ его электризовать. Тоже бесполезно. Массируютъ. Безъ результатовъ. Вѣшаютъ, —тоже. Жгутъ, —опять тоже. Тогда отправляютъ больного на всѣ четыре стороны.

Мнѣ кажется, что причина неуспѣха отъ всѣхъ этихъ способовъ и лежитъ именно въ томъ, что они всѣ употреблялись отдѣльно; слѣдовало бы ихъ всѣ примѣнять одновременно и они не заставили бы разочароваться въ себѣ.

Лечение sclerosis lateralis сифилитического происхожденія тоже, что и tabes dorsualis, только для своего поправленія эта болѣзнь требуетъ несравненно больше времени, чѣмъ tabes dorsualis, иногда для этого требуется два - три года.

Когда, послѣ всѣхъ вышеуказанныхъ мытарствъ, намъ удастся, наконецъ, вылечить больного, то, вмѣстѣ съ благодарностью, мы всегда получаемъ отъ больного вопросъ: вылеченъ ли я окончательно и нужно ли мнѣ въ будущемъ еще лечиться?

Въ отвѣтъ на это мы всегда говоримъ одно и тоже: никогда ни одинъ сифилитикъ не долженъ считать себя излеченнымъ. Напротивъ, каждый сифилитикъ всегда долженъ быть на сторожѣ, дабы заклятый врагъ его не захватилъ «яко тать въ нощи».

Съ этою цѣлью въ будущемъ мы рекомендуемъ нашимъ больнымъ правильный образъ жизни, устраненіе чрезмѣрнаго физическаго и умственнаго труда, полное неупотребленіе спиртныхъ напитковъ, безусловное прекращеніе куренія, ежегодное пользованіе іодомъ и каждыя шесть лѣтъ ртутью.

Что касается іоднаго леченія, то мы назначаемъ его два раза въ годъ: въ январѣ и іюлѣ, въ теченіи 3—4 недѣль въ количествѣ для каждаго больного назначаемомъ отдѣльно; ртутное же леченіе мы рекомендуемъ производить лѣтомъ въ Пятигорскѣ чрезъ каждыя пять лѣтъ. Все это, быть можетъ, скучно, но за то безопасно.

Вотъ, Мм. Гг., все, что я вамъ хотѣлъ сообщить о клинической картинѣ и леченіи сифилиса мозга. Всѣ другія дополненія и подробности вы найдете въ сочиненіяхъ и лекціяхъ достойныхъ нашихъ товарищей, специалистовъ сифилидологовъ, у которыхъ мы просимъ извиненія за то, что ворвались въ ихъ область, будучи вынуждены къ тому печальною практикою жизни.

---

# Анатомо-физиологическія основы памяти.

Д-ръ М-ны Штейнберга.

## II ЧАСТЬ.

Включивъ процессъ памяти въ число промежуточныхъ явленій рефлекса, я тѣмъ самымъ сказалъ, что она составляетъ одно изъ звеньевъ его и нѣчто, зависящее отъ предшествовавшаго. Это предшествовавшее и составило предметъ изложенія первой части моего труда, гдѣ органы внѣшняго воспріятія разсматривались, какъ посредники знанія, этого матерьяла памяти.

Во второй части я разсмотрю механизмъ самой памяти, которую можно раздѣлить, во 1) на субъективную, то есть такую, которая ничѣмъ не проявляется во внѣ; во 2) на объективную—въ томъ случаѣ, когда она такъ или иначе проявляется во внѣ всевозможными движеніями: рѣчью, мимикой, пѣніемъ, письмомъ, рисованіемъ, ваяніемъ, игрой на инструментахъ и т. д. Анализъ ея проявленія составитъ предметъ разсмотрѣнія третьей части моего труда. Въ настоящей-же, второй части я попытаюсь заглянуть въ ихъ процессъ, который происходитъ въ центрахъ мозга при дѣятельности субъективной памяти. Приведу примѣры этого вида памяти. Человѣкъ вспомнить что-либо изъ своего прошлаго вслѣдствіе внѣшняго раздраженія. Напр., понюхавъ или увидавъ цвѣтокъ, онъ вспомнить его названіе, но ничѣмъ не обнаружить того, что происходитъ въ его мозгу. Причины появленія памяти въ этомъ случаѣ очевидны.

Другой разъ человѣкъ вспомнить фактъ, явленіе, событіе или цѣлые ихъ ряды, повидимому, вслѣдствіе внутреннихъ причинъ, безъ всякаго внѣшняго повода; напр., лежа въ кровати, въ темной комнатѣ, когда кругомъ тишина, человѣкъ вспомнить, какъ, нѣсколько лѣтъ или цѣлые десятки лѣтъ тому назадъ, онъ взбирался на гору съ громадными затрудненіями; вспомнятся ему и мельчайшія обстоятельства, сопровождавшія его восхождение на гору и имѣвшія мѣсто въ тотъ далекій день и т. д.

Съ перваго взгляда можетъ показаться, что тутъ мы имѣемъ дѣло съ самопроизвольной, самозародившейся памятью, но, поискавъ хорошенько причину появленія разсматриваемаго ряда представленій изъ прожитаго прошлаго, человѣкъ очень часто отыщетъ причину всему вспоминавшемуся въ какомъ-либо ближайшемъ внѣшнемъ поводѣ, въ только-что или недавно прошедшемъ. Поводъ можетъ быть очень слабъ, ничтоженъ, но все-же можно убѣдиться, что онъ былъ на лицо. Мы не привыкли доискиваться причинъ подобныхъ явленій въ сферѣ нашей памяти, но кто привыкъ къ такого рода самонаблюденіямъ, тотъ согласится, что вспоминаемъ мы что-либо изъ прошлаго почти всегда вслѣдствіе внѣшней, ближайшей причины. Что происходитъ при этомъ въ нервныхъ центрахъ, неизвѣстно съ желаемой полнотою; не подлежитъ однако сомнѣнію, что въ нихъ происходятъ какія-то молекулярныя измѣненія, которыя можно назвать усиленно-дѣятельнымъ, или усиленно-активнымъ состояніемъ.

Въ самомъ дѣлѣ: въ средне-дѣятельномъ состояніи эти нервные центры находятся всегда, такъ какъ въ нихъ происходитъ актъ питанія,—они живутъ, измѣняются; но мы не всегда знаемъ объ этихъ пережѣнахъ, не всегда себѣ при этомъ представляемъ что-либо, не всегда сознательно думаемъ, не всегда вспоминаемъ бывшее. Очевидно, что для того, чтобы дѣятельное состояніе нервнаго центра, сознавалось субъективнымъ, нужно, чтобы это дѣятельное состояніе было сильнѣе обыкновеннаго,—средняго. Оно мыслимо только при соотвѣтственно усиленномъ молекулярномъ процессѣ въ немъ, именно усиленіемъ химизма, электрической и тепловой энергій. Вотъ это-то болѣе сильное я и называю усиленно-активнымъ, или усиленно-дѣятельнымъ состояніемъ.

Усиленно-активныя состоянія нервныхъ центровъ даютъ себя знать субъекту въ различной формѣ, смотря по тому, въ центрѣ какого органа внѣшняго воспріятія они имѣютъ мѣсто. Замѣчательнѣйшая особенность этихъ состояній, какъ уже было сказано въ 1-й части, состоятъ въ томъ, что хотя они составляютъ процессы по существу внутренніе, т. е. особыя молекулярныя измѣненія въ центральныхъ нервныхъ клѣткахъ и имѣютъ мѣсто внутри субъекта, но субъекту они обыкновенно кажутся происходящими внѣ его: то въ предѣлахъ его тѣла, то во внѣшнемъ мірѣ. Другими словами: состоянія, по существу субъективныя, объективны-

рутся, состоянія субъективныя преобразовываются въ объективныя, состоянія свои относятся къ причинамъ во-внѣ.

Послѣ сказаннаго переходу къ разсмотрѣнію механизма памяти.

Положимъ, что отъ находящагося въ пространствѣ свѣтящагося предмета А упали лучи на глазъ. Пройдя черезъ его прозрачныя среды и достигнувъ сѣтчатки, лучи располагаются на ней соотвѣтственно формѣ, величинѣ и цвѣтамъ предмета А. Усиленно-активное состояніе сѣтчатки, вызванное дѣйствіемъ свѣтового и цвѣтоваго зѣира, упавшаго на глазъ съ даннаго предмета, не остается на мѣстѣ, въ сѣтчаткѣ, напротивъ, оно распространяется далѣе по нервнымъ путямъ, сперва черезъ слои сѣтчатки, потомъ по нервнымъ волокнамъ зрительнаго нерва до сѣрыхъ массъ срдняго мозга; затѣмъ молекулярное движеніе съ этихъ сѣрыхъ мозговыхъ массъ обыкновенно идетъ далѣе по нервнымъ волокнамъ и, наконецъ, достигаетъ сѣрыхъ массъ корки мозга. Здѣсь, въ клѣткахъ зрительнаго центра, нѣтъ сомнѣнія, происходитъ какое-то усиленно-активное состояніе, которое назовемъ А', и съ которымъ соединенъ, или который составляетъ процессъ объективированія, состоящій въ томъ, что состояніе А' зрительнаго корковаго центра переносится къ тому мѣсту пространства, въ которомъ находится предметъ А.

Когда нервныя клѣтки зрительнаго центра впервые объективируютъ, т. е. когда у даннаго субъекта происходитъ въ первый разъ процессъ зрительнаго представленія дѣйствующаго на него свѣтящагося предмета, или, что все равно, когда происходитъ въ первый разъ усиленно-активное состояніе дѣятельности зрительнаго центра, то состояніе это можно назвать первичнымъ зрительнымъ, объективнымъ, реальнымъ знаніемъ, потому что въ этомъ случаѣ человѣкъ въ первый разъ узналъ, что внѣ его находится предметъ А, впервые подвергся свѣтовому воздѣйствію со стороны предмета А. О памяти рѣчи тутъ быть не можетъ, такъ-какъ ей мы приписываемъ повторные акты въ настоящемъ, первоначальныя причины которыхъ уже имѣли мѣсто когда-то въ прошедшемъ.

Предположимъ далѣе, что лучи съ предмета А, спустя нѣкоторое время опять упали въ глазъ того-же субъекта; тогда они встрѣтятъ нервныя пути и центры, которые уже однажды подвергались дѣйствію лучей того-же предмета А.

И такъ-какъ прохожденіе молекулярнаго движенія по нервнымъ элементамъ влечетъ за собою усиленное ихъ питаніе, увеличеніе ихъ объема, слѣдовательно, и уменьшеніе силы сопротивленія проводимости въ нихъ для той-же молекулярной энергіи, то въ частяхъ, въ которыхъ теперь происходитъ молекулярное движеніе, получится состояніе, которое не совсѣмъ будетъ сходно со старымъ, прежнимъ, — между бывшимъ и настоящимъ состояніемъ одноименныхъ нервныхъ частей зрительнаго органа будетъ какая-то разница, будетъ какое-то новое состояніе, которое, по справедливости, можно назвать вторичнымъ, по отношенію первичнаго, имѣвшаго мѣсто раньше. Вторичное, такимъ образомъ, будетъ отличаться отъ первичнаго вслѣдствіе болѣе слабого сопротивленія проводимости, и потому болѣе сильнымъ активнымъ состояніемъ при равной силѣ дѣйствія внѣшняго раздражителя. Эта-то разница въ проводимости возбужденія по частямъ зрительнаго центра и въ путяхъ, ведущихъ къ нему, при повторныхъ дѣйствіяхъ лучей свѣта А должна каждый разъ, съ прохожденіемъ по нимъ новаго возбужденія, сопровождаться и въ клѣткахъ зрительнаго центра новыми и новыми состояніями, чѣмъ нѣбудь отличающимися отъ старыхъ, прежнихъ. Тоже, слѣдовательно, должны быть иными и соотвѣтственные представленія по отношенію къ одной и той-же внѣшней причинѣ, въ данномъ случаѣ по отношенію къ предмету А. Эти новыя, но уже бывшія состоянія объектированія и называемъ на обыкновенномъ языкѣ «узнаваніемъ». Узнаваніе есть повторное знаніе, слѣдовательно, уже имѣвшее когда-либо мѣсто у даннаго субъекта. Съ этой точки зрѣнія можно тоже сказать, что узнаваніе есть состояніе центра представленія, вызванное повторнымъ дѣйствіемъ со стороны предмета, разъ уже вліявшаго на этотъ центръ.

Состоянія тутъ бываютъ до извѣстной степени сходныя съ бывшими, разница-же обусловливается, главнымъ образомъ, измѣнившеюся проводимостью молекулярнаго движенія въ нервныхъ элементахъ.

Теперь можемъ сказать: узнаваніе есть вторичное, повторное представленіе, и повторный процессъ знанія.

Возьмемъ для примѣра еще два-три случая.

Къ человѣку въ первый разъ слегка прикоснулись, когда его глаза были закрыты, остріемъ какого-либо тѣла. Въ немъ образовалось представленіе о чемъ-то, прикасающемся



къ нему; онъ знаетъ это прикосновеніе, въ немъ образовалось знаніе объ этомъ прикосновеніи. Но вотъ, спустя нѣкоторое время опять прикоснулись къ нему тѣмъ-же остріемъ. Тутъ возможны, главнымъ образомъ, два случая: или человѣкъ не будетъ знать, что это прикосновеніе имѣло когда-либо мѣсто; тогда оно останется для него первичнымъ, хотя-бы оно повторилось въ сотый разъ, или-же онъ скажетъ: я это прикосновеніе знаю, оно не впервые, я его испыталъ, оно мнѣ знакомо, я его узналъ.

Первый случай будетъ имѣть мѣсто, во 1-хъ, когда остріе дѣйствительно коснулось субъекта въ 1-й разъ, и, во 2-хъ, когда уже раньше бывшее прикосновеніе острія по объему и силѣ дѣйствія на человѣка было такъ ограничено и слабо, что не вызывало стойкаго питательнаго измѣненія въ нервномъ волокнѣ и его нервной клѣткѣ; тогда нѣтъ анатомо-физиологическихъ причинъ, которыя служили-бы основаніемъ узнаванія, каждое повторное прикосновеніе при этихъ условіяхъ будетъ новымъ, первичнымъ; процесса узнаванія тутъ не будетъ за отсутствіемъ анатомо-физиологическихъ условій для этого.

Разсмотримъ второй случай.—Къ вамъ прикоснулись остріемъ не въ первый разъ, и вы сказали: я знаю это прикосновеніе, я его испыталъ. Очевидно, что такой случай возможенъ лишь тогда, когда послѣднее прикосновеніе вызвало представленіе, кромѣ настоящаго, еще о бывшемъ, которое чѣмъ-нибудь отличалось отъ настоящаго, иначе-бы субъектъ не отличилъ настоящаго отъ бывшаго. Правда, мы въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно говоримъ: прикосновеніе, которое теперь испытываемъ, точъ-въ-точъ похоже на то, которое мы испытали прежде. Въ сущности-же это сужденіе не точно и не соотвѣтствуетъ дѣйствительности: очевидно, что новое, вторичное представленіе отличается отъ бывшаго и только сходно съ нимъ, этому содѣйствуетъ цѣлый рядъ второстепенныхъ процессовъ. Такъ, мы знаемъ, что узнаваніе не можетъ имѣть мѣста безъ усиленно-активнаго состоянія извѣстныхъ нервныхъ элементовъ; далѣе, что состояніе усиленной дѣятельности даннаго нервного центра обыкновенно не остается на мѣстѣ; возбужденіе идетъ съ него далѣе мѣстнаго, ограниченнаго района. Мы это видимъ въ томъ, что упавшій въ глазъ лучъ вызываетъ сокращеніе внутри и внѣ глазныхъ мышцъ, мышцъ вѣка, частей тѣла, болѣе или менѣе удаленныхъ отъ глаза. Дѣятельное состояніе

этихъ мышцъ обуславливаетъ новыя состоянія ощущенія прежде всего въ нихъ самихъ, затѣмъ въ прилегающихъ къ нимъ частяхъ кожи и т. д.

Здѣсь слѣдуетъ упомянуть о могущихъ здѣсь имѣть мѣсто ассоціаціяхъ центровъ другихъ органовъ внѣшняго воспріятія, т. е. объ усиленно-активныхъ состояніяхъ, вызываемыхъ путемъ сочетающихся волоконъ въ центрахъ другихъ органовъ чувствъ, ибо мы часто замѣчаемъ, что при дѣятельности какого-либо органа внѣшняго воспріятія приходятъ въ болѣе или менѣе дѣятельное состояніе и другіе органы.

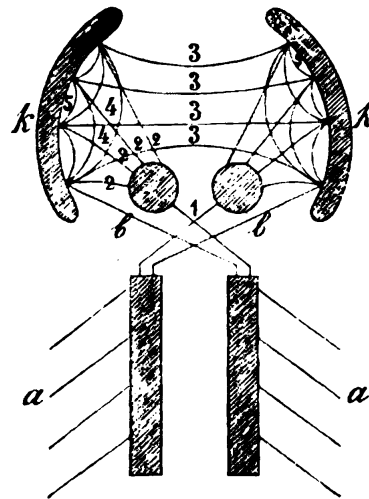
Такимъ образомъ, дѣйствіе луча на глазъ можетъ вызвать нарушеніе обыкновеннаго, средняго состоянія равновѣсія нервно-мышечной энергіи въ обширной области центральныхъ и периферическихъ частей различныхъ нервно-мышечныхъ системъ.

Я разсмотрѣлъ вообще случай дѣйствія свѣтовыхъ лучей на корковый центръ зрѣнія; теперь остановлюсь на томъ случаѣ, когда возбужденіе займетъ большое пространство того-же центра, т. е. когда оно распространится на кѣлки того-же центра. Мы знаемъ, что съ появленіемъ лимона, напр., передъ нашими глазами, въ насъ рождаются представленія не только о степени его освѣщенія, но и о цвѣтѣ, формѣ, величинѣ, разстояніи его отъ насъ, о его положеніи относительно другихъ тѣлъ. Эти представленія очевидно могутъ имѣть мѣсто лишь въ томъ случаѣ, когда съ извѣстныхъ частей зрительнаго центра возбужденіе перешло на другія его-же части, ибо представленія о цвѣтѣ и свѣтѣ, формѣ, величинѣ, разстояніи отъ насъ лимона, по крайней мѣрѣ, слишкомъ вѣроятно не могутъ обуславливаться дѣятельностью одной и той-же части зрительнаго центра. Далѣе, мы знаемъ, что при появленіи лимона передъ нашими глазами, дѣйствіе его на насъ не ограничивается однимъ его свѣтовымъ или цвѣтовымъ качествомъ. Хотя лимонъ—или, вѣрнѣе, свѣтъ отъ него—подѣйствовалъ только на зрительный органъ, при этомъ, однако, образуются въ насъ представленія о его вкусѣ, запахѣ и т. д. Однако анатомическіе центры вкуса, обонянія и т. д. не заложены въ одномъ и томъ-же мѣстѣ. Спрашивается, какимъ путемъ тутъ распространяется возбужденіе съ зрительнаго центра представленія на его-же часть и на другіе центры? Не ясно-ли, что такіа ассоціированныя возбужденія одного и того-же центра или различныхъ центровъ корки, не возбужденныхъ нено-

средственно съ периферіи, мыслимы лишь въ томъ случаѣ, когда существуютъ анатомическіе пути сообщенія между частями одноименнаго центра и центрами разноименныхъ органовъ чувствъ? И, дѣйствительно, эти пути существуютъ, хотя, къ сожалѣнію, при нынѣшнемъ состояніи науки о мозгѣ еще нельзя указать съ желанною точностью на ихъ направленіе для каждаго даннаго случая.

Извѣстно, что весь головной мозгъ покрытъ тонкимъ слоемъ сѣраго вещества, которое, главнымъ образомъ, состоитъ изъ нервныхъ клѣтокъ и нервныхъ волоконъ. За сѣрымъ корковымъ веществомъ слѣдуетъ бѣлое вещество мозга, которое состоитъ почти цѣлкомъ изъ нервныхъ волоконъ.

Рис. 1.

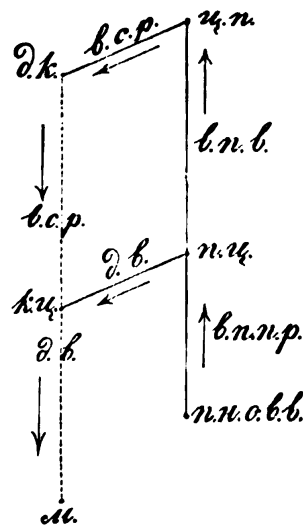


Волокна эти (рис. 1) соединяютъ: А) отдаленнѣйшія части (а) нашего тѣла съ коркою (б), В) части мозга (б) прямо или посредственно чрезъ глубже лежащіе центры его (1, 3); С) симметричныя мѣста обѣихъ половинъ мозга (3); Д) дальнѣйшія мѣста одной и той-же половины мозга (5); хотя эта схема даетъ только нѣкоторое понятіе о ходѣ нервныхъ волоконъ, но она наглядно показываетъ, какимъ путемъ возбужденіе съ одного мѣста мозга можетъ переходить на другое. Правда, нѣтъ точныхъ свѣдѣній о ходѣ всѣхъ волоконъ нашей центральной нервной системы, но нѣтъ сомнѣнія, что эти волокна служатъ вещественными путями для передачи внѣшнихъ раздраженій по направленію къ центру, отъ него обратно къ периферіи и для передачи возбужденія съ одного мѣста въ мозгу на другое въ немъ-же. Чтобы представить всѣ эти нервные пути въ ихъ взаимной связи, я привожу схематическій рисунокъ, представляющій нервно-мышечную систему соединенія 1) органовъ внѣшняго воспріятія съ ихъ нервными центрами, 2) соединеніе этихъ послѣднихъ между собою и 3) соединеніе тѣхъ-же центровъ съ мышцами.

На рисунокѣ (II) мы видимъ периферическое начало нерва органа внѣшняго воспріятія (п. н. о. в. в.) про-

межуточный центръ (п. ц.), т. е. накоплѣніе нервныхъ клѣтокъ въ спинномъ или головномъ мозгу; нервное волокно, соединяющее промежуточный центръ съ органомъ внѣшняго воспріятія, или волокно, проводящее периферическое раздраженіе (в. п. п. р.).

Рис. 2.



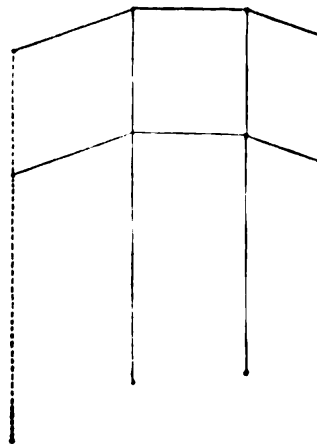
Съ промежуточнаго центра нервное молекулярное движеніе, вызванное внѣшнимъ раздраженіемъ, можетъ, какъ видно на рисункѣ, направляться: а) по двигательнымъ волокнамъ (д. в.) безсознательнаго рефлекса и координирующаго центра (к. ц.) къ мышцамъ (м) или б), по волокнамъ, проводящимъ возбужденіе (в. п. в.) къ клѣткамъ корки мозга, или къ центру сознательнаго рефлекса, т. е. къ центру представленія (ц. п.), а отсюда при посредствѣ волоконъ, приводящихъ сознательный рефлексъ (в. с. р.), и координирующаго центра къ тѣмъ-же мышцамъ.

Эти волокна я называю волокнами сознательнаго рефлекса въ отличіе отъ волоконъ, проводящихъ безсознательный рефлексъ. Этотъ рисунокъ показываетъ, какимъ путемъ периферическое раздраженіе можетъ обусловить усиленно-активное состояніе 1) промежуточнаго центра, завернуть къ периферіи и, не пройдя черезъ центръ представленія, обусловить простое рефлекторное, или безсознательно—рефлекторное мышечное сокращеніе; или 2) пройдя черезъ центръ представленія, обусловить сознательно—рефлекторное сокращеніе той-же мышцы. «Сознательное» потому-что въ последнемъ случаѣ сокращенію мышцы предшествуетъ усиленно-активное состояніе центра представленія. Значитъ, сознательное сокращеніе отличается отъ безсознательнаго включеніемъ въ рефлексъ акта представленія, предшествующаго мышечному сокращенію. Мы видѣли, что съ центра представленія (ц. п.) сознательно-рефлекторное движеніе направляется къ мышцѣ (м.), но по пути это движеніе, прежде чѣмъ достигнуть до координирующаго центра, вѣроятно, проходитъ еще черезъ двигательныя клѣтки корки (д. к.). Такимъ образомъ, возбужденіе съ центра пред-

ставленія прерывается, по крайней мѣрѣ, въ двухъ мѣстахъ прежде, чѣмъ попасть въ мышцы.

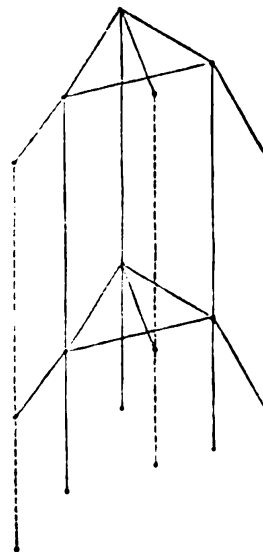
Теперь рассмотримъ двѣ и три нервно-мышечныхъ системы во взаимной ихъ связи (рис. III и IV). Рисунки показываютъ, какимъ путемъ возможенъ взаимный переходъ

Рис. 3.



возбужденія а) съ промежуточныхъ центровъ на промежуточные-же, б) съ нихъ-же на центры представленія, съ этихъ послѣднихъ на координирующие центры и т. д. Понятно, что, по мѣрѣ увеличенія числа системъ, возможность взаимнаго перехода возбужденія съ центра на центръ будетъ все увеличиваться. Такъ, при одной нервно-мышечной системѣ, возможность взаимнаго перехода возбужденія съ центра этой системы на другую будетъ равняться нулю. И, дѣйствительно, если мы себя представимъ человѣка, у котораго есть только какой либо одинъ органъ внѣшняго воспріятія, то, понятно, онъ могъ-бы имѣть представленія, которыя

Рис. 4.



образуются въ области только этого органа; при двухъ системахъ возможность перехода возбужденія съ одной системы на другую будетъ всего одна. И въ самомъ дѣлѣ, усиленно-активное состояніе можетъ по единственно-имѣющемуся тогда пути направиться съ промежуточнаго центра только къ своему центру представленія или къ координирующему центру въ одномъ направленіи. При двухъ системахъ взаимныхъ соединеній будетъ три, при пяти центрахъ пять и т. д.

Итакъ, съ увеличеніемъ числа нервно-мышечныхъ системъ, увеличивается число возможностей взаимной передачи возбужденія съ одной системы на другую. Приведемъ нѣкоторые, сюда относящіеся, примѣры и начнемъ съ болѣе простыхъ.

Возьмемъ для этого случай, когда периферическое раздраженіе по чувство-проводящимъ волокнамъ достигаетъ до чувствительныхъ клѣтокъ спиннаго мозга, т. е. до промежуточнаго центра. Тогда въ клѣткахъ спиннаго мозга должно появиться усиленно-активное состояніе, которое можетъ сообщиться мышцамъ и вызвать въ нихъ простое рефлекторное сокращеніе. Предположимъ далѣе, что раздраженіе, вызвавшее усиленно-активное состояніе этой нервно-мышечной системы, повторилось второй, третій разъ и т. д.

Очевидно, что тогда въ нервныхъ клѣткахъ, въ ихъ волокнахъ и мышцахъ этой системы повторяются состоянія до извѣстной степени сходныя съ прежними, т. е., бывшими первый, второй разъ и т. д.; но вмѣстѣ съ тѣмъ повторное усиленно-активное состояніе системы повлечетъ за собою то, что части данной системы будутъ питаться и, вслѣдствіе этого, развиваться сильнѣе, чѣмъ части тѣхъ системъ, которыя въ тоже время будутъ оставаться въ относительномъ покоѣ. <sup>1)</sup>

А такъ-какъ по извѣстному физическому закону сопротивленіе молекулярному движенію по проводнику обратно пропорціонально площади его сѣченія, и такъ-какъ, кромѣ того, опыты учить, что, вообще говоря, съ учащеніемъ функціи органа увеличивается его дѣеспособность, то очевидно, что вмѣстѣ съ развитіемъ частей данной нервно-мышечной системы уменьшится сопротивленіе для распространенія въ ней нервно-молекулярной силы. Такимъ образомъ, усиленіе питанія и роста и связанное съ ними уменьшеніе сопротивленія подъ вліяніемъ повторныхъ внѣшнихъ раздраженій вырабатываютъ условія все болѣе и болѣе легкаго появленія бывшихъ состояній и проявленія ихъ въ видѣ мышечныхъ сокращеній, словомъ, рефлексъ будетъ совершаться легче. Этотъ взглядъ на разсматриваемый процессъ объясняетъ намъ, какимъ образомъ нервные пути, наконецъ, такъ легко проводятъ внѣшнее возбужденіе, что даже слабыя раздраженія вызываютъ относительно усиленно-дѣятельное состояніе нервныхъ центровъ и несоразмѣрное сокращеніе мышцъ съ ними связанныхъ, т. е. значительно облегчается проявленіе послѣдняго члена рефлекса. Въ этомъ свойствѣ нервно-мышечной системы—приходитъ подъ вліяніемъ повторнаго одно-

<sup>1)</sup> Извѣстно, что въ данныхъ предѣлахъ и условіяхъ, дѣятельное состояніе частей нашего организма влечетъ за собою ихъ усиленное питаніе и развитіе.

роднаго раздраженія въ состояніе относительно-усиленной дѣятельности—я вижу начало памяти:—органической безсознательной, когда возбужденіе не проходитъ чрезъ центръ представленія, и сознательной, когда оно проходитъ чрезъ корковые центры мозга. Первый видъ памяти, стоя, такъ сказать, на стражѣ самыхъ первыхъ органическихъ нуждъ индивида, безусловно необходимъ для сохраненія какъ самаго вида, такъ и продолженія его рода. Сюда относятъ органическія отправления, какъ, напр.: дыханіе, кровообращеніе, воспроизведеніе (репродукція) и т. п. Второй видъ памяти объемлетъ міръ явленій осмысленной, или, такъ называемой, психической жизни. Человѣкъ рождается уже съ готовыми системами для отравленій органической памяти,—однѣ изъ нихъ совершенно развиты, другія окончателно развиваются впослѣдствіи. Способность этихъ системъ функционировать такъ, а не иначе, передается по наслѣдству, типично для каждаго индивида. Способности сознательной памяти лежатъ въ анатомическихъ данныхъ организма и безъ внѣшнихъ поводовъ остаются всю жизнь индивида въ скрытномъ состояніи въ видѣ возможности, потенціи. Во всѣхъ отравленіяхъ безсознательной памяти мы видимъ нѣчто роковое, состоящее въ томъ, что за раздраженіемъ непремѣнно, проявляется извѣстная дѣятельность определенной нервно-мышечной системы, т. е., мы видимъ появленіе простаго рефлекса въ формѣ мышечныхъ сокращеній болѣе или менѣе простыхъ или сложныхъ, но безсознательныхъ. Въ сферѣ сознательной памяти послѣ даннаго внѣшняго раздраженія можетъ явиться въ мозгу цѣлый рядъ или цѣлые ряды памятовыхъ представленій, а рефлексъ можетъ и не проявляться, такъ-какъ на усиленно-активное состояніе центра можетъ потребиться вся нервная энергія, вызванная къ дѣятельности со стороны внѣшняго раздраженія. Въ этомъ случаѣ вызовется цѣлый рядъ сочетанной дѣятельности въ мозгу, обусловится ассоціація представленій, на которую и израсходуется вся нервная энергія.

Далѣе, при безсознательной памяти мы должны признать, что и нервныя центры различныхъ нервно-мышечныхъ системъ приходятъ въ состоянія, для нихъ привычныя, т. е. такія, которыя для нихъ являются чѣмъ-то не новымъ, или такія, для которыхъ эти центры по типу своего органическаго развитія имѣютъ на-готовѣ всѣ анатомическія данныя. Для сознательной-же памяти на-готовѣ имѣются анатомо-физиологическія возможности, и нужны еще поводы для нихъ

развитія и отправленія: состоянія эти для индивида не унаслѣдованы, онъ ихъ узнаетъ. Но и той, и другой дѣятельности, т. е. органической и сознательной памяти принадлежить одна общая черта: однообразно реагировать на внѣшнія раздраженія.

Вотъ эта-то особенность нервно-мышечныхъ системъ приходится въ тождественное состояніе, коль скоро даны для этого необходимыя условія, составляетъ, какъ я думаю, основу памяти вообще и въ частности, безсознательной, когда центръ нервно-мышечной системы лежитъ внѣ корки мозга, и сознательной, когда онъ находится въ ней.

Почему и какъ дифференцировались эти два вида памяти, мы конечно не знаемъ; нѣтъ, однако, сомнѣнія, что для развитія этихъ способностей необходима извѣстная дѣятельность нервно-мышечныхъ системъ, ибо мы видимъ, что увяданіе, истощеніе, даже смерть грозитъ частямъ нашего организма, остающимся въ покоѣ. А такъ-какъ, человѣкъ, насколько онъ извѣстенъ, какъ объектъ наблюденія научнаго изслѣдованія, — нынѣ не представляетъ рѣдкихъ измѣненій своего организма противъ прежняго, извѣстнаго уже тысячелѣтія, то рассматривая нервную систему со множествомъ разнообразныхъ ея отправленій въ томъ видѣ, въ какомъ мы ее видимъ теперь, мы невольно приходимъ къ заключенію, что прошло не мало тысячелѣтій, а, можетъ-быть, и миллионы лѣтъ, прежде чѣмъ выработались наличность тѣхъ возможностей и свойствъ, которыми отличается организмъ современнаго человѣка. вмѣстѣ съ тѣмъ яснымъ становится и то, что при переходѣ организма изъ однихъ условій въ другія, его нервно-мышечныя системы богатѣли одними возможностями отправленія и бѣднѣли другими. Хилѣли и пропадали, вслѣдствіе невыгодныхъ условій, тѣ нервныя пути, центры и мышцы, т. е., тѣ нервно-мышечныя системы и, вообще, тѣ органы и ихъ отправленія, которымъ приходилось оставаться въ болѣе или менѣе бездѣтельномъ состояніи; напротивъ, развивались и, по закону наслѣдственной передачи свойствъ предковъ ихъ потомкамъ, наслѣдовались и накапливались тѣ свойства организма и его отправленія, которыя находились въ благоприятныхъ условіяхъ.

До сихъ поръ мы рассматривали преимущественно случаи, когда одинъ корковый центръ, находясь въ усиленно-активномъ состояніи, вызываетъ усиленную дѣятельность въ другомъ. Разсмотримъ теперь примѣръ, когда въ какомъ-либо



общемъ корковомъ центрѣ возбужденіе съ любой его части переходитъ на его-же другую часть. Назовемъ эти части частными центрами главнаго или общаго центра и допустимъ, что въ общемъ корковомъ центрѣ зрѣнія имѣются всего только два частныхъ центра—Ц и Ц', и что, наконецъ, они взаимно соединены развѣтвленіями своихъ клѣтокъ; далѣе допустимъ, что эти частные центры находятся въ состояніи усиленно-активной дѣятельности, вслѣдствіе одновременнаго раздраженія ихъ периферическихъ концовъ двумя цвѣтовыми лучами: синимъ А и А', упавшими на глазъ съ двухъ точекъ В и В'. Это одновременное, но отдѣльное для каждаго частнаго центра состояніе будетъ объективироваться во-внѣ, къ мѣсту нахождения точекъ В и В', и мы будемъ имѣть уже рассмотрѣнный случай зрительнаго представленія, гдѣ объективированіе зависитъ отъ непосредственнаго внѣшняго раздраженія, при чемъ одновременно объективируютъ два соединенныхъ между собою центра одного общаго зрительнаго центра.

Предположимъ далѣе, что послѣ повторныхъ одновременныхъ воздѣйствій тѣхъ-же двухъ цвѣтовыхъ лучей А и А', слѣдовательно послѣ усиленнаго развитія нервныхъ частей, участвовавшихъ здѣсь въ отправленіи,—на тотъ глазъ упалъ только одинъ лучъ А. Состояніе усиленной дѣятельности частнаго центра Ц, вызванное дѣйствіемъ синяго луча А, можетъ и должно распространиться по волокнамъ сочетающимся этотъ центръ съ частнымъ-же центромъ Ц'. Разъ это случится, центръ Ц' будетъ вызванъ изъ своего средне-активнаго состоянія. <sup>1)</sup> Вовлеченный въ усиленно-дѣятельное состояніе, центръ Ц' будетъ, исполняя свою специальную функцію, объективировать свое состояніе во-внѣ, произойдетъ то, что называется видѣніемъ краснаго тѣла В', отъ котораго пришелъ красный лучъ А'. Это видѣніе должно, однако, быть инымъ, чѣмъ то, если-бы лучъ А' прямо и непосредственно извнѣ попалъ на глазъ; рассматриваемое видѣніе будетъ вторичное, а не первичное, оно будетъ не перваго, а втораго разряда; оно не посредственно отъ предмета В', а сочетанное или памятовое: вѣдь цвѣтъ А' точки В' вспомнился послѣ того, какъ на глазъ подѣйствовалъ только лучъ А, пришедшій не съ тѣла В', а съ

<sup>1)</sup> Не забудемъ, что средне-активное состояніе будетъ то, въ которомъ нервный центръ находится при условіяхъ, необходимыхъ для его жизни, но не для его спеціальнаго отправленія.

тѣла Б. Спрашивается, что содѣйствуетъ отличенію вторичнаго или ассоціированнаго представленія отъ первичнаго. Мы знаемъ, что первичное усиленно-активное состояніе центра вызывается внѣшнею причиною, — тутъ есть раздражитель внѣ организма; при вторичномъ состояніи этого не бываетъ, — усиленно-активное состояніе центра въ послѣднемъ случаѣ вызывается со стороны другаго центра — въ данномъ случаѣ со втораго частнаго центра того-же общаго центра; слѣд., состояніе это есть присоединенное, сочетанное, ассоціированное.

Итакъ, вообще говоря, первичное усиленно-активное состояніе центра играетъ роль относительно самостоятельную, первенствующую по отношенію ко вторичному, — все равно, конечно, происходитъ-ли это въ центрахъ разноименныхъ органовъ внѣшняго воспріятія или въ частныхъ центрахъ одного и того-же органа воспріятія. Суть отличительнаго характера первичнаго отъ вторичнаго состоянія въ наличности внѣшняго раздражителя; суть вторичнаго — въ возбужденіи, пришедшемъ не изъ периферіи или внѣшняго міра, а обусловленномъ усиленно-активнымъ состояніемъ частей того-же центра или совсѣмъ другаго центра. Эта внѣшняя сторона отличія того и другаго усиленно-активнаго состоянія сопровождается цѣлымъ рядомъ внутреннихъ субъективныхъ состояній, изъ которыхъ каждое играетъ ту или иную роль въ процессѣ различенія объективнаго или субъективнаго состоянія, т. е., въ процессѣ различенія состоянія, вызваннаго внѣшней или внутренней причиною. Такъ, при первичномъ возбужденіи нервнаго центра внѣшній раздражитель, положимъ лучъ А, сперва производитъ измѣненіе состоянія въ периферическомъ окончаніи зрительнаго нерва; нѣтъ сомнѣнія, что здѣсь, въ сѣтчаткѣ, происходитъ цѣлый рядъ измѣненій въ различныхъ нервныхъ слояхъ, состоящихъ изъ клѣтокъ и волоконъ; отсюда, конечно, черезъ мозговые центры, вызывается рядъ рефлекторныхъ явленій во внутри и всѣхъ глазныхъ мышцахъ, въ сосудистой системѣ глаза — черезъ симпатическую систему. На этомъ дѣло не ограничивается: свободная энергія, вызванная въ сѣтчаткѣ, идетъ далѣе, распространяется по зрительному нерву черезъ перекрестъ зрительныхъ нервовъ и по зрительнымъ канатикамъ въ зрительные бугры, наружныя колѣнчатые тѣла, четверохолміе и далѣе — къ коркѣ, къ клѣткамъ зрительнаго центра. Вотъ сколько нервныхъ этаповъ, или станцій

проходить извнѣ пришедшее раздраженіе прежде, чѣмъ достигается до зрительнаго центра корки. На всемъ пути слѣдованія молекулярнаго движенія, зарожденнаго дѣйствіемъ внѣшняго луча А, въ частяхъ, черезъ которыя оно проходитъ, вызываются особыя измѣненія, нарушается средне-активное состояніе.

Такимъ образомъ, внѣшнимъ толчкомъ обусловленное молекулярное движеніе, достигшее до центральныхъ нервныхъ клѣтокъ, должно отличаться не только степенью силы напряженія вызваннаго имъ усиленно-активнаго состоянія, но и множествомъ побочныхъ, второстепенныхъ состояній извѣстныхъ частей нашей нервно-мышечной системы. Ни этой силы, ни этихъ побочныхъ состояній быть не можетъ въ томъ случаѣ, когда возбужденіе вызвано въ какомъ-либо центрѣ съ другаго центра. Въ послѣднемъ случаѣ молекулярное движеніе съ перваго центра проходитъ только путь, соединяющій его со вторымъ; нѣтъ ни того длиннаго пути, ни тѣхъ нервныхъ этаповъ, ни тѣхъ побочныхъ явленій, какія соединены съ первымъ случаемъ, т. е., когда раздраженіе приходитъ къ центру извнѣ. Вотъ почему состояніе вторичное, или памятовое должно быть инымъ, чѣмъ первичное, и объективированіе, или представленіе первичное должно отличаться отъ вторичнаго. Эта особенность состоянія корковаго центра лежитъ въ основаніи соответственнаго, особаго представленія; оно субъектомъ отличается, ему придается значеніе чего-то бывшаго. Слѣдовательно, слово: бывшее употребляется, когда субъектъ отличаетъ извѣстное состояніе корковыхъ клѣтокъ. Съ этой точки зрѣнія ассоціированное представленіе клѣтокъ центра Ц' по отношенію къ первичному состоянію клѣтокъ центра Ц относится къ прошлому, или бывшему, слѣдовательно, и памятовому, и функція клѣтокъ центра Ц' — къ области функціи памяти. Что касается внѣшнихъ условій памятоваго, или ассоціированнаго представленія, то они состоятъ въ томъ, что раздражитель тутъ дѣйствуетъ съ корковаго же центра, а не съ периферіи, и корковый центръ Ц' приходитъ въ состояніе усиленно-активной дѣятельности при помощи возбужденія, достигшаго до него кратчайшимъ путемъ, т. е. не такъ, какъ это бываетъ при первичныхъ усиленно-активныхъ состояніяхъ. Въ случаяхъ первично-усиленныхъ состояній функція корковаго центра обуславливается возбужденіемъ, пришедшимъ съ пе-

Казалось бы, что эта разница въ длинѣ путей въ случаяхъ первичнаго и вторичнаго усиленно-активнаго состоянія такъ должна быть мала въ этихъ случаяхъ, что нѣтъ причины субъективнаго различенія состоянія центра въ одномъ (непосредственномъ и первичномъ) и другомъ (ассоциированномъ) случаѣ. Но для этого стоитъ вспомнить о той поразительной чувствительности, которой отличаются наши корковые центры. Путемъ опыта я убѣдился,

Теперь понятно тоже, почему состояніе клѣтокъ, обусловленное непосредственнымъ внѣшнимъ раздраженіемъ, должно быть иное, чѣмъ то, которое обуславливается путемъ ассоціационнымъ, и что объектированіе въ послѣднемъ случаѣ тоже должно быть иное, чѣмъ когда усиленно-активное состояніе клѣтокъ является слѣдствіемъ молекулярнаго движенія, прошедшаго черезъ цѣлый рядъ предварительныхъ нервныхъ путей и центровъ.

Кромѣ того, тутъ участвуетъ еще элементъ, усилива-  
ющій значеніе чувствуемой разницы новаго состоянія отъ  
бывшаго. Именно: трудно допустить, чтобы внѣшнее раз-

драженіе дѣйствовало только на одно нервное волокно и только на одну нервную клѣтку, или на одну и ту же группу волоконъ и клѣтокъ. Очень вѣроятно, по крайней мѣрѣ, что въ большинствѣ случаевъ, при каждомъ новомъ раздраженіи одного и того же органа внѣшняго воспріятія однимъ и тѣмъ же раздражителемъ, каждый послѣдующій разъ захватываются нѣсколько новыхъ нервныхъ окончаній, нервныхъ волоконъ и клѣтокъ. Если это такъ, то при каждомъ послѣдующемъ актѣ раздраженія извѣстное число новыхъ клѣтокъ подвергается новому усиленно-активному состоянію. Это участіе новыхъ клѣтокъ въ общемъ состояніи усиленно-активной дѣятельности должно ввести новый элементъ въ общее состояніе; кромѣ того, возбужденіе въ этихъ новыхъ клѣткахъ будетъ относительно слабо, и поэтому оно должно казаться субъекту инымъ, чѣмъ то, которое вызвано въ клѣткахъ, подвергавшихся возбужденію; кромѣ того, прежде участвовавшія въ процессѣ возбужденія клѣтки должны находиться въ состояніи сравнительно болѣе сильной активной дѣятельности. Далѣе, состояніе клѣтокъ, уже бывшее, испытанное, должно присоединиться и образовать одно съ настоящимъ, зависящимъ отъ усиленно-активной дѣятельности новыхъ клѣтокъ, до сихъ поръ не принимавшихъ участія въ разсматриваемомъ усиленно-активномъ состояніи. Всѣ эти моменты должны оказывать свое вліяніе на общее состояніе центровъ представленія и слишкомъ вѣроятно, что тонкая чувствительность клѣтокъ даетъ субъекту возможность въ подобныхъ случаяхъ отличать два сходныхъ, но не тождественныхъ состояній, изъ которыхъ одно сильнѣе другаго: первое будетъ соответствовать усиленно-активной дѣятельности уже разъ находившихся въ этомъ состояніи клѣтокъ; другое—состоянію клѣтокъ, вновь вовлеченныхъ въ процессъ представленія. Подобно тому, какъ въ сложномъ звукѣ ухо отличаетъ различные тоны, такъ здѣсь въ общемъ свѣтовомъ впечатлѣніи въ органахъ зрѣнія будутъ отличаться не совсѣмъ одинаковыя состоянія различныхъ группъ клѣтокъ зрительнаго центра: одной—изъ клѣтокъ уже разъ (или много разъ) бывшихъ въ данномъ состояніи, и другой — изъ клѣтокъ того же центра, которыя впервые находятся въ усиленно-активномъ состояніи. Въ общемъ получается смѣшанное состояніе изъ состояній стараго и новаго, которое въ отличіе отъ совсѣмъ первичнаго, но-

ваго, называемъ: уже бывшимъ и приписываемъ дѣятельности памяти. И такъ, что мы обыкновенно приписываемъ процессу памяти, есть въ сущности функція извѣстныхъ центральныхъ клѣтокъ.

Мы видѣли, что когда въ дѣятельности какого-либо центра, положимъ: Ц., путемъ сочетающаго или соединяющаго волокна вовлекался другой частный центръ Ц' того же общаго центра, то являлись два тождественныхъ состоянія, изъ которыхъ одно, ассоціированное слабѣе другаго, первичнаго. Слѣдовательно, тутъ мы имѣемъ случай, когда одновременно клѣтка А и А' одного и того же центра находятся въ неодинаковой степени возбужденія, причемъ одно изъ нихъ—болѣе сильное—соотвѣтствуетъ настоящему, реальному, объективному факту; второе—болѣе слабѣе—факту прошедшему, памятовому.

Такимъ образомъ, въ разсматриваемомъ случаѣ процессъ памяти обусловливается наличностью двухъ состояній не совсѣмъ одинаковыхъ по степени возбужденія клѣтокъ: болѣе сильнаго и болѣе слабаго. Хотя я разсмотрѣлъ болѣе или менѣе простой случай явленія памяти, именно при участіи клѣтокъ одного и того же центра, но уже и здѣсь мы можемъ открыть нѣкоторые сложные процессы.

Такъ, одна группа клѣтокъ Х общаго центра объективировала свое состояніе, какъ фактъ настоящаго, тогда какъ другая группа клѣтокъ Х' того же общаго центра объективировала свое состояніе, какъ фактъ бывшаго, при этомъ и то, и другое состояніе объектировалось, какъ фактъ, происходящій въ настоящемъ. Мы тутъ видимъ одновременное существованіе двухъ состояній, изъ которыхъ вызвано бытіемъ перваго. Подобные процессы объективирования мы обыкновенно называемъ соображеніемъ, словомъ, соотвѣствующимъ данному процессу въ мозгу, при которомъ процессы существуютъ и сопоставляются два образа. Это-то сопоставленіе представляемыхъ образовъ дѣйствительно всего правильнѣе назвать соображеніемъ, потому что одинъ образъ обусловливаетъ появленіе втораго, потому что къ одному образу присоединяется другой, который есть дѣйствительно сообразъ, а сама функція ихъ сопоставленія—соображеніе. До сихъ поръ мы разсматривали случаи, въ которыхъ существованіе ассоціаціонныхъ путей мы принимали, какъ анатомическій фактъ. Спрашивается, какъ образуются и образуются-ли новые ассоціаціонные пути со-

общенія, тамъ, гдѣ ихъ нѣтъ? Другими словами, рассмотримъ вопросъ объ образованіи анатомическихъ путей, необходимыхъ для сочетанія представленій, въ тѣхъ случаяхъ, когда этихъ путей еще нѣтъ (или они слабо развиты)?

Для этого возьмемъ случай, когда одновременно съ двухъ свѣтящихся точекъ въ глазъ человѣка падаютъ два луча: синій А и красный А'. И тотъ и другой лучъ, нарушивъ средне-активное состояніе въ двухъ отдѣльныхъ частныхъ центрахъ Ц и Ц' одного общаго зрительнаго центра, вызовутъ два отдѣльныхъ представленія, положимъ—Б, представленіе синей точки, и Б', представленіе красной.

Мы уже сказали, что съ каждымъ повтореніемъ дѣйствія лучей этихъ двухъ цвѣтовыхъ точекъ на глазъ будетъ все легче и легче происходить передача возбужденія по нервнымъ проводникамъ въ силу увеличивающаго ихъ матерьяльнаго развитія.

Остановимся на двухъ упомянутыхъ частныхъ центрахъ Ц и Ц' общаго зрительнаго центра. Что будетъ происходить съ ними и кругомъ ихъ послѣ того, какъ лучи синій и красный подѣйствуютъ на периферическое окончаніе зрительнаго нерва? Прежде всего, въ этихъ центрахъ нарушится средне-активное состояніе: молекулярное движеніе въ нихъ станетъ напряженное, и нѣтъ сомнѣнія, что оно съ клѣтокъ Ц и Ц' сообщится ихъ отросткамъ. Вслѣдствіе этого кругомъ клѣтокъ cadaго изъ этихъ двухъ центровъ образуются по району усиленно-активнаго состоянія нервныхъ отростковъ. А такъ какъ молекулярное движеніе распространяется больше потому проводу, который, при равныхъ условіяхъ, представляетъ большій діаметръ или меньшее сопротивленіе, то, въ данномъ случаѣ, пойдетъ больше молекулярнаго движенія по тому нервному волокну, анатомическое развитіе котораго сильнѣе выражено, или котораго діаметръ больше. Другими словами: возбужденіе въ разсматриваемомъ случаѣ распространится по тѣмъ нервнымъ отросткамъ, развитіе которыхъ сильнѣе выражено. При этомъ можетъ случиться, что болѣе развивающійся отростокъ одной клѣтки К—встрѣтится съ такимъ же отросткомъ К', и образуется анастомозъ, т. е. новый анатомическій путь сообщенія между двумя клѣтками одного и того же центра. Тогда молекулярное движеніе съ клѣтки К легче всего достигнетъ по своему болѣе развитому отростку, а затѣмъ и по чужому, тоже болѣе развитому до клѣтки К'.

Коль скоро это случится разъ, процессъ перехода молекулярнаго движенія съ клѣтки К на клѣтку К' (или наоборотъ) обезпеченъ, и путь между ними установленъ, потому что съ каждымъ новымъ повтореніемъ прохода молекулярнаго движенія по нервному волокну сопротивленіе проводимости для послѣдующаго возбужденія съ клѣтки на клѣтку все болѣе и болѣе облегчается. Быть можетъ, всѣ сочетающіе пути между клѣтками существуютъ уже готовыми, какъ анатомическій фактъ; и тогда каждый центръ будетъ оставаться въ усиленно-дѣятельномъ состояніи, не передавая его другому, пути находятся въ такой слабой степени развитія, что возбужденіе клѣтки центра К, равно какъ и клѣтки К' остаются каждая для себя, въ состояніи усиленнаго возбужденія, т. е. возбужденіе не переходитъ съ одной группы клѣтокъ на другую, и каждый центръ остается въ усиленно-дѣятельномъ состояніи безъ перехода этого состоянія на другіе центры до тѣхъ поръ пока повторнымъ внѣшнимъ раздраженіемъ и соотвѣтственнымъ возбужденіемъ той и другой группы клѣтокъ не подготовятся болѣе развитыя волокна, и не сформируются анастомозы волоконъ клѣтокъ разныхъ группъ, вслѣдствіе чего является удобный путь для взаимнаго перехода молекулярнаго движенія съ однѣхъ клѣтокъ на другія. Какъ бы то ни было, для нашей цѣли все равно, какое изъ этихъ двухъ предположеній существуетъ на дѣлѣ; можетъ быть, вѣрно и то, и другое. Всего важнѣе здѣсь то, что эти пути сообщенія должны быть; въ противномъ случаѣ мы не можемъ себѣ представить перехода возбужденія съ одной клѣтки на другую, или съ одного центра на другой, слѣдовательно, тогда не можетъ быть ассоціированныхъ представленій.

Пойдемъ далѣе. Нѣтъ сомнѣнія, что лучъ, который вызываетъ въ центрѣ усиленно-активное состояніе, называемое, положимъ, синимъ, вновь попадая въ глазъ, будетъ вызывать тоже представленіе синяго луча, ибо нѣтъ причины, почему одинъ и тотъ же цвѣтовой лучъ въ разное время вызывалъ бы различныя цвѣтовыя представленія. И если бы одинъ и тотъ же цвѣтовой лучъ обусловливалъ различныя цвѣтовыя представленія, то, конечно, не было бы установленнаго знанія. Такой случай былъ бы мыслимъ лишь тогда, когда бы клѣтки центра К измѣнялись въ своемъ основномъ анатомическомъ строеніи и специфиче-



скомъ отправленія; безъ этого условія одна и та же клѣтка корки должна всегда приходить въ одно и то же свое усиленное активное состояніе и обусловить одно и то же представленіе, если даны тѣ же внѣшнія условія. Если это такъ, то клѣтка К, подѣ влияніемъ одного и того же луча А, всегда будетъ приходить въ усиленно-активное состояніе, которое условно обозначаемъ словами «синій». Предположимъ теперь, что эта же клѣтка (К), послѣ того, какъ она находилась въ усиленно-активномъ состояніи отъ дѣйствія луча А, пришла въ усиленно-активное состояніе отъ какихъ-либо внутреннихъ причинъ. Такъ какъ клѣтка К можетъ приходить только въ свое усиленно-активное состояніе, т. е. исполнять только свою функцію, то эта клѣтка всегда будетъ обуславливать представленіе синяго луча, когда бы она ни пришла въ усиленно-активное состояніе и потому, въ данномъ случаѣ, когда клѣтка К пришла въ усиленно-активное состояніе отъ внутреннихъ причинъ, она будетъ свое состояніе обьективировать такъ, какъ будто бы лучъ пришелъ извнѣ, т. е. она будетъ обьективировать синій лучъ, и человекъ будетъ думать, или даже скажетъ, что вспомнилъ синій лучъ. Мы предположили, что на глазъ въ данномъ случаѣ подѣйствовалъ синій лучъ, т. е. 520 билліоновъ колебаній свѣтоваго зѣбра въ секунду. Спрашивается, что должно произойти съ клѣткой К. въ томъ случаѣ, когда на ея периферическое волокно будетъ направленъ цвѣтовой лучъ инаго числа колебаній, положимъ 790 билліоновъ, т. е. того числа колебаній, которое обуславливаетъ представленіе, обозначаемое словомъ «фіолетовый». Тутъ возможны два рѣшенія: а) одна и та же клѣтка К способна приходить въ состояніе различнаго вида обьективированія, находясь исключительно въ зависимости отъ качества луча, или отъ числа колебаній свѣтоваго зѣбра; или же б) по анатомическому своему строенію она преимущественно или исключительно способна приходить въ свое состояніе только отъ извѣстнаго и опредѣленнаго числа колебаній зѣбра. Если бы имѣлъ мѣсто первый случай, т. е. если бы одна и та же клѣтка, положимъ, зрительнаго центра, могла приходить въ различное состояніе обьективированія подѣ влияніемъ различнаго числа колебаній зѣбрныхъ волнъ, то правильный процессъ ассоціированныхъ зрительныхъ (цвѣтовыхъ) представленій былъ бы невозможенъ, такъ какъ ассоціированныя представленія

въ разные времена относились бы къ различнымъ фактамъ прошлаго, и не было бы прочнаго накопленнаго знанія. Необходимо, поэтому, допустить, ввиду существованія прочныхъ ассоціированныхъ представлений, что одна и та же клѣтка способна приходить только въ свое усиленно активное состояніе и обуславливать представленіе, только ей свойственное, подобно тому, какъ струна извѣстной толщины, длины и степени настоянія всегда издастъ свой тонъ, если только даны условія, выводящія ее изъ этого спокойнаго состоянія. Слишкомъ вѣроятно, поэтому, что каждая клѣтка представляетъ сумму своихъ функциональныхъ свойствъ, всего болѣе или даже исключительно проявляющихся, если только даны условія, способныя вызвать въ ней усиленно активное состояніе. Мы остановились на предположеніи, что двѣ клѣтки  $K$  и  $K'$  одного и того же зрительнаго центра одновременно находятся въ возбужденномъ, т. е. усиленно-активномъ состояніи, обусловленномъ вѣншимъ воздѣйствіемъ двухъ цвѣтовыхъ лучей: синяго и краснаго. Положимъ далѣе, что это воздѣйствіе повторилось извѣстное число разъ; слѣдовательно, одновременно образовались столько же разъ по два представленія синей и красной точки, и что послѣ этого на глазъ подѣйствовалъ только одинъ изъ этихъ двухъ лучей, положимъ, синій. Что тогда произойдетъ въ центрѣ зрительнаго представленія? 1) Если нервныя пути сообщенія между соотвѣтственными двумя клѣтками  $K$  и  $K'$  не существуютъ, то клѣтка  $K'$ , усиленно-активное состояніе которой необходимо для объектированія краснаго цвѣта, остается въ своемъ средне-активномъ состояніи; слѣдовательно, процесса объективированія съ ея стороны не будетъ, и человѣкъ будетъ видѣть одну синюю точку, не вспоминая о красной.

2) Но если между клѣтками  $K$  и  $K'$  существуетъ анатомическій путь соединенія при посредствѣ нервнаго волокна, то возможенъ случай перехода возбужденія съ клѣтки  $K$  на клѣтку  $K'$ . Тогда послѣдняя будетъ объективировать свое усиленно-активное состояніе. Въ чемъ-же будетъ состоять эта объективация клѣтки  $K'$ ? Она должна соответствовать ея усиленно-активному состоянію, т. е. процессу представленія краснаго цвѣта.

А такъ какъ этотъ лучъ на самомъ дѣлѣ извнѣ на глазъ не дѣйствовалъ, то процессъ объективации мы въ данномъ случаѣ отличаемъ, называя его воспоминаніемъ крас-

наго луча. Состояніе клѣтки К', соотвѣтствующее не внѣшней причинѣ, можетъ тоже называться субъективнымъ видѣніемъ краснаго луча, вспомнившася, благодаря объективному видѣнію синяго со стороны клѣтки К, а такъ какъ клѣтка К' пришла въ усиленно-активное состояніе побочнымъ, не прямымъ путемъ, то этотъ случай видѣнія справедливо быть можетъ названъ также вторичнымъ ассоцірованнымъ сочетаннымъ видѣніемъ.

Итакъ, актъ воспоминанія въ разсмотрѣнномъ случаѣ тоже, что вторичное субъективное, или сочетанное видѣніе. Всѣ сужденія, относящіяся въ двухъ приведенныхъ примѣрахъ къ двумъ цвѣтнымъ лучамъ, вполне примѣнимы и къ любому числу ихъ; а потому къ отправленіямъ не только частныхъ центровъ одного общаго центра (въ данномъ случаѣ зрительнаго), но также къ двумъ, тремъ и т. д. общимъ центрамъ органовъ внѣшняго воспріятія.

Разсмотримъ теперь случай, въ которомъ участвуютъ два центра внѣшняго воспріятія, положимъ слухъ и зрѣніе.

Передъ человѣкомъ выговариваютъ (произносятъ) букву а. При этомъ, конечно, произносящій производитъ извѣстную вибрацію воздуха, которая согласна до мельчайшихъ подробностей съ вибраціей различныхъ частей голосоваго прибора, главнымъ образомъ гортани. Вибрація голосоваго прибора распространяется отъ мѣста своего зарожденія во всѣ стороны. Достигая до воспринимающаго уха въ такомъ хронологическомъ порядкѣ, въ какомъ рождались ея составныя части, и сохраняя соотвѣтственный ритмъ и напряженіе (силу) она—эта вибрація—приводитъ барабанную перепонку въ соотвѣтственную вибрацію, которая передается съ барабанной перепонки черезъ слуховыя косточки перепонкѣ овальнаго окна. Эта послѣдняя въ свою очередь и по тѣмъ-же физическимъ законамъ передаетъ свои вибраціи наружной и внутренней лимфѣ, перепончатымъ и костнымъ частямъ лабиринта, а равно и расположеннымъ въ разныхъ его частяхъ слуховымъ нервамъ. Во всѣхъ этихъ частяхъ повторяется въ уменьшенныхъ размѣрахъ то, что дѣлалось съ барабанной перепонкой, когда воздѣйствовала на нее вибрація воздуха. Всѣ приведенныя вибраціи, обязанныя своимъ происхожденіемъ произнесенію буквы а, подвергаютъ окончанія слуховаго нерва физическому воздѣйствію, называемому по отношенію къ нерву раздраженіемъ, въ данномъ случаѣ,—

слуховымъ. Раздраженіе составляетъ уже явленіе физиологическое, въ данномъ случаѣ—функцию вибрацій слуховаго нерва. Этимъ мы хотимъ сказать, что въ нервѣ, подвергнувшись воздѣйствію физическаго дѣятеля, произошло нарушеніе его средне-активнаго состоянія, и что это состояніе есть физиологическое явленіе и начало объективнаго звуковаго представленія, значить, психическаго акта.

Итакъ, раздраженіе, или усиленно-активное состояніе периферическаго окончанія нерва, есть результатъ перехода физическаго состоянія въ физиологическое. Физиологическій процессъ, вызванный въ данномъ случаѣ физическимъ актомъ, не останавливается въ слуховомъ лабиринтѣ, а распространяется дальше по волокнамъ слуховаго нерва и черезъ нервный спиральный узелъ къ слуховому центру, заложенному въ нижнихъ частяхъ мозга, и, наконецъ, отсюда внѣшнее раздраженіе достигаетъ опять-таки по нервнымъ волокнамъ до центра слуховыхъ представленій, заложенныхъ въ коркѣ головного мозга.

Въ слуховомъ нервѣ, по волокнамъ котораго первый процессъ передается мозгу, уже нѣтъ той вибраціи, которая привела въ дрожательное состояніе периферическія части слуховаго органа, она замѣнялась молекулярнымъ движеніемъ, состоящимъ въ физической зависимости отъ этой вибраціи. Почему происходитъ здѣсь такъ, а не иначе, почему извѣстныя физическія вибраціи производятъ цѣлые ряды измѣненій въ опредѣленныхъ частяхъ нашей нервной системы, а въ данномъ случаѣ слуховыя ощущенія и представленія, на все это мы не можемъ дать отвѣта. Мы только знаемъ, что въ данномъ случаѣ причина въ произношеніи звука а, что эта причина лежитъ внѣ насъ, и фактъ этого знанія основанъ на субъективномъ процессѣ, на нашемъ внутреннемъ состояніи. Анализируя явленія, совершающіяся въ данномъ случаѣ внѣ и внутри насъ, мы видимъ и понимаемъ, что внѣшній фактъ здѣсь играетъ роль причины, внутреннее же состояніе составляетъ ея слѣдствіе; мы можемъ при этомъ анализѣ также убѣдиться, что наше значеніе въ значительной степени видоизмѣняется нашими органами внѣшняго воспріятія; но дальше этого наше пониманіе не идетъ: какъ и почему физическое явленіе преобразовывается въ физиологическое, почему только корковая клѣтка объективируетъ, а не иная, мы ровно ничего не знаемъ. Ясно лишь то, что, находясь въ состояніи знанія, мы всегда подвергаемся

субъективному обману, принимая послѣдствія за причину. Такъ напр., мы не говоримъ: «чувствую свое состояніе, вызванное внѣшней причиной, т. е. произношеніемъ буквы «а», нѣтъ, мы говоримъ звукъ «а» находится внѣ насъ; между тѣмъ внѣ насъ въ данномъ случаѣ нѣтъ звука, а есть только вибрація воздуха; звукомъ-же мы называемъ въ сущности состояніе извѣстныхъ нервныхъ элементовъ, какъ результатъ дѣйствія вибраціи воздуха. Говоря, что звукъ находится внѣ насъ, мы судимъ вѣрно, если подразумѣваемъ при этомъ, что причина ощущенія звука находится внѣ насъ, и что внутри-же насъ этой причиной обусловилось извѣстное звуковое ощущеніе и представленіе. И въ самомъ дѣлѣ: помимо нашей нервной системы нѣтъ звуковъ внѣ насъ, есть только физическое явленіе, такимъ образомъ, звукъ есть явленіе физиологическое, которое чувствуемъ и знаемъ,—явленій-же физическихъ, какъ напр., вибрація внѣ самаго организма, мы не знаемъ. Повторяю: намъ доступны состоянія извѣстныхъ частей нашей нервной системы, вызываемыя физическими или химическими явленіями, но не сами явленія.

Какъ-бы то ни было, мы видимъ, что физическимъ явленіемъ (въ данномъ случаѣ вибраціей воздуха) обусловилось нарушеніе молекулярнаго движенія въ нервѣ; это движеніе вызвало процессъ объективированія, или актъ, называемый психическимъ, хотя очевидно, что онъ здѣсь составляетъ ничто иное, какъ своего рода молекулярное движеніе въ нервныхъ клѣткахъ корки мозга.

Возвращаясь къ взятому примѣру. Представимъ себѣ, что человѣкъ, передъ ухомъ котораго произнесли букву а, одаренъ только органомъ слуха. Понятно, что этотъ человѣкъ могъ-бы обогащаться одними слуховыми представленіями—онъ зналъ-бы звукъ а, но сочетаніе этого звуковаго представленія съ какимъ-бы то ни было другимъ было-бы для него невозможно. Всѣ его знанія насчетъ буквы а ограничивались-бы тогда пустымъ безсодержательнымъ представленіемъ какого-то звука а. Иное получится, если нервныя клѣтки центра слуховаго представленія соединены съ отростками клѣтокъ какого-либо другаго центра представленія, положимъ, зрительнаго. Тогда при усиленно-активномъ состояніи слуховаго центра—путемъ ассоціаціи—можетъ произойти усиленно-активное состояніе зрительнаго представленія.

Однако, это усиленно-активное состояніе центра зрительнаго представленія не можетъ сопровождаться, въ данномъ случаѣ, объективированіемъ чего-то опредѣленнаго. Не можетъ, потому что это усиленно-активное состояніе произошло впервые и не путемъ возбужденія съ периферіи.

И въ самомъ дѣлѣ: мы не можемъ себѣ представить, что-бы въ данномъ случаѣ зрительный центръ объективировалъ что-либо опредѣленное, потому что каждый центръ можетъ объективировать свое состояніе въ формѣ чего-то опредѣленнаго только тогда, когда это состояніе—для каждаго центра представленія свое—хоть разъ было обусловлено объектомъ, воздѣйствовавшимъ чрезъ соотвѣтственный внѣшній приборъ, или чрезъ свой органъ внѣшняго воспріятія; въ данномъ-же случаѣ, ассоціированное возбужденіе зрительнаго центра произошло впервые и обусловилось не со своего, не съ соотвѣтственнаго центра периферическаго органа; для зрительнаго центра звуковая вибрація не специфическій агентъ и притомъ непосредственно специальныхъ состояній вызвать въ немъ не можетъ. Итакъ, усиленно-активное состояніе зрительнаго центра теперь не можетъ относиться специально къ звуку а, какъ къ объекту, потому что этому центру свойственно объективировать свои зрительныя состоянія, относящіяся къ внѣшнимъ явленіямъ свѣта (или цвѣта), которыя здѣсь не имѣли мѣста: теперь возбужденіе, пришедшее со слухомъ къ зрительному центру, вызоветъ въ немъ только усиленно-активное состояніе, ни къ чему не относящееся, т. е. будетъ имѣть мѣсто общее состояніе, не специальное и не относящееся къ какому-либо объекту. Итакъ, вообще говоря, когда усиленно-активное состояніе одного центра представленія вызываетъ впервые ассоціированное усиленно-активное состояніе другаго, то въ послѣднемъ не появляется опредѣленныхъ по содержанію, частныхъ, специальныхъ, къ чему-либо предѣльному относящихся состояній представленія. Для этого еще необходимо специфическое воздѣйствіе со стороны внѣшняго, для каждаго органа своего, агента, и притомъ, чрезъ внѣшнюю часть своего органа воспріятія. Мы это видимъ на людяхъ, которые съ дѣтства лишены возможности зрѣнія вслѣдствіе периферическихъ препятствій, мѣшающихъ проникновенію свѣтовыхъ лучей до сѣтчатки, при цѣлости и нормальности послѣдней, зрительнаго центра и путей, ведущихъ къ нему. Мы это видимъ у глухонѣмыхъ, не понимающихъ значенія

звука, потому-что они съ дѣтства лишены органа воспріятія звуковыхъ раздраженій, слуха и т. д. У этихъ субъектовъ нѣтъ слуховыхъ представленій, какъ у слѣпыхъ нѣтъ представленій зрительныхъ.

Теперь будемъ продолжать далѣе: положимъ, что букву а одновременно человѣку произносятъ и показываютъ, т. е. подвергаютъ наблюдателя звуковому и свѣтовому воздѣйствію. Ясно, что при этомъ вводятъ въ процессъ слуховаго воздѣйствія на корку и зрительное воздѣйствіе. Въ этомъ случаѣ и въ зрительномъ органѣ наблюдателя произойдетъ рядъ явленій, стоящихъ въ генетической зависимости отъ свѣтовыхъ свойствъ буквы а; въ зрительномъ центрѣ представленія наблюдателя произойдетъ нарушеніе средне-активнаго состоянія, какое (нарушеніе) произошло въ слуховомъ центрѣ, когда произнесли букву а. Съ буквы а попадутъ въ глазъ лучи, согласные въ своемъ расположеніи съ ея очертаніями, съ ея свѣторасположеніемъ и т. д. На сѣтчаткѣ глаза наблюдателя получится уменьшенное изображеніе этой буквы. Все это—распространеніе, преломленіе, взаимное расположеніе лучей съ буквы а, явленіе физическаго характера. Но коль скоро вибраціи зѣбра достигнутъ сѣтчатки, является цѣлый рядъ сложныхъ физико-физиологическихъ процессовъ: измѣненіе зрительнаго пурпура, нарушеніе въ расположеніи цвѣтоваго пигмента въ видѣ измѣненія его формы, передвиженія въ немъ пигментныхъ зеренъ; въ сѣтчаткѣ, ея клѣткахъ и волокнахъ вызывается дѣйствіемъ свѣта съ буквы а нарушеніе средне-активнаго молекулярнаго состоянія,—является физиологическій процессъ; далѣе молекулярное движеніе распространяется по зрительному нерву, зрительному канатику, наружному колѣнчатому тѣлу, зрительному бугру, передней части четверохолмія къ зрительному центру въ коркѣ мозга. Какой длинный рядъ переходовъ (по нервнымъ волокнамъ) и сколько задержекъ происходитъ въ нервныхъ клѣткахъ, прежде чѣмъ внѣшнее раздраженіе достигаетъ до зрительнаго центра въ видѣ молекулярнаго движенія! Здѣсь, въ зрительномъ центрѣ, произошло нѣчто новое,—объективированіе, называемое психическимъ актомъ. Мы, такимъ образомъ, имѣемъ множество психическихъ состояній, ибо каждый центръ, объективируя свое состояніе, служитъ мѣстомъ зарожденія специальныхъ представленій. Въ сущности, всѣ эти психическіе процессы суть ничто иное, какъ различные виды усилено-активнаго состоянія извѣстныхъ клѣтокъ корки

мозга. Для зрительнаго центра оно будетъ называться зрительнымъ состояніемъ, для центра обонянія—обонятельнымъ, слуховаго—слуховымъ и т. д.

Пойдемъ далѣе. Усиленно-активное состояніе клѣтокъ зрительнаго центра, вызванное лучами отъ буквы а, не останется, какъ мы знаемъ, на мѣстѣ—оно передается и отросткамъ клѣтокъ, при чемъ образуется районъ усиленно-активнаго состоянія клѣтокъ и отростковъ зрительнаго центра. Теперь допустимъ, что въ то время, какъ передъ глазами человѣка находится буква а, т. е. когда лучи свѣта отъ нея дѣйствуютъ на сѣтчатку глаза, произнесли эту букву, т. е. подѣйствовали на слуховой нервъ извѣстной вибраціей воздуха. Положимъ далѣе, что, съ каждымъ появленіемъ буквы а передъ глазами наблюдателя, произносятся буквы а, т. е. повторяется дѣйствіе прежде бывшей вибраціи. Очевидно, что при этомъ два центра, уже зрительный и слуховой, одновременно приводятся въ усиленно-активное состояніе, и образуются два отдѣльныхъ знанія о буквѣ а: 1) знаніе, относящееся до ея свѣтовыхъ сторонъ (ея цвѣтъ, степень освѣщенія, форма, величина, расположеніе ея относительно насъ и другихъ предметовъ и т. п.); 2) знаніе, относящееся до ея слуховой стороны, до ея слуховаго обозначенія. Предположимъ теперь, что между зрительнымъ и слуховымъ центрами, находящимися въ состояніи усиленно-активной дѣятельности, вызванной со свѣтовой стороны буквы а и звуковымъ ея обозначеніемъ, уже существуетъ вполне развитый нервный путь. Очевидно, что тогда усиленно-активное состояніе перваго сообщится второму и наоборотъ, чѣмъ усилится дѣятельное состояніе каждаго изъ нихъ, они взаимно возбуждаютъ другъ друга, и въ каждомъ изъ нихъ возрастетъ, на извѣстную долю, та усиленно-активная дѣятельность, которая зависитъ отъ прямого внѣшняго воздѣйствія. Такимъ образомъ, первымъ результатомъ одновременнаго воздѣйствія на два органа внѣшняго воспріятія, центры которыхъ въ мозгу стоятъ между собою въ анатомической связи, будетъ взаимное усиленіе дѣятельности каждаго изъ нихъ. Вторымъ результатомъ будетъ то, что мы тогда узнаемъ объектъ сильнѣе, полнѣе, яснѣе. Пойдемъ далѣе и предположимъ, что человѣку, у котораго существуетъ вполне развитый путь сообщенія между центрами слуховаго и зрительнаго представленія, и которому неоднократно уже показывали и одновременно произносили эту букву,



показали, но не произнесли ее, т. е. вызвали у этого человека усиленно-активное состояние лишь его центра зрѣнія буквы а. Что произойдетъ далѣе въ его зрительномъ и слуховомъ центрахъ? Свѣтовое воздѣйствіе буквы а вызоветъ первичное (непосредственное) усиленно-активное состояние зрительнаго центра и вторичное, посредственное (ассоціированное, памятовое) состояние слуховаго. Въ послѣднемъ центрѣ тогда должно появиться состояние, сходное съ тѣмъ, въ какое онъ приходилъ, когда букву а произносили. «Сходное», но не тождественное. Только сходное состояние и возможно въ этомъ случаѣ, такъ-какъ оно обусловлено не совершенно тѣмъ же путемъ, какимъ это бываетъ при первичномъ усиленно-активномъ состояніи. Наблюденіе показываетъ, что вторичное состояние является при раздраженіяхъ не непосредствующимъ на периферическую часть органа внѣшняго воспріятія, и вліяніе раздраженія обнаруживается тѣмъ скорѣе и легче, чѣмъ чаще повторялся процессъ одновременнаго показыванія и произношенія буквы а. Мы тутъ видимъ наружныя условія внутренняго процесса нагляднаго обученія, т. е. (формированія анатомической основы для запоминанія въ томъ случаѣ, когда одновременно показываютъ и называютъ одинъ и тотъ-же предметъ.

Я привелъ примѣръ памятоваго слуховаго представленія, вызваннаго путемъ ассоціаціи со стороны центра зрительнаго представленія. Конечно, тотъ же процессъ, только въ обратномъ порядкѣ, будетъ имѣть мѣсто, если этому человеку произнести букву а, не показавъ ее, послѣ того, какъ одновременно показывали и произносили эту букву. Въ этомъ случаѣ къ первичному слуховому представленію присоединяется вторичное (памятовое) зрительное представленіе буквы а, вспомнится ее форма или просто буква а.

Случай, который мы привели, предполагаетъ существующимъ сочетающій нервный путь между зрительнымъ и слуховымъ центрами. Не будь этого пути, не было бы возможности образованія сочетающаго (памятоваго) представленія: сколько бы разъ одновременно ни показывали, ни называли букву а, новое появленіе ее передъ глазами не вызывало бы ассоціированнаго ей звуковаго представленія, новое произнесеніе буквы а не обуславливало бы форменнаго ее представленія, или формы буквы а. Въ первомъ случаѣ показанный предметъ останется для субъекта безъ названія; во

второмъ звукъ а останется безъ формы. И это будетъ продолжаться до тѣхъ поръ, пока путемъ процесса удлиненія отростковыхъ клѣтокъ обоихъ разсматриваемыхъ центровъ и взаимной ихъ встрѣчи не сформируется анастомозъ этихъ отростковъ. Словомъ, здѣсь между двумя разноименными центрами процессъ образованія анастомоза между отростками клѣтокъ того и другаго центра совершается такимъ способомъ, какой уже былъ нами разсмотрѣнъ при образованіи сочетаннаго пути между отростками клѣтокъ одного и того же центра. И такъ, ассоціированная дѣятельность клѣтокъ мыслима лишь тогда, когда дана анатомо-физиологическая основа, или реальный путь для самихъ ассоціацій. Вмѣстѣ съ тѣмъ очевидно, что эти ассоціированныя усиленно-активныя состоянія клѣтокъ корки суть ничто иное, какъ физиологическія основы того процесса, который мы привыкли называть памятью. Механизмъ памяти съ этой точки зрѣнія сводится на механизмъ ассоціаціонной дѣятельности корковыхъ клѣтокъ, или на ассоціаціи представленій; дѣятельное же состояніе въ этихъ случаяхъ самихъ нервныхъ клѣтокъ мы должны разсматривать какъ функцію памяти, — память выходитъ функціей корковыхъ клѣтокъ.

Когда человѣку, видѣвшему неоднократно букву а и слышавшему, какъ ее называли, вновь ее покажутъ, онъ вспомнить ея названіе. Это значитъ, что путемъ нервныхъ волоконъ возбужденіе съ зрительнаго центра перешло на слуховой, явилось сочетанное усиленно-активное звуковое состояніе или звуковое представленіе этой буквы. На томъ же основаніи вспомнятся ея очертанія, когда ее покажутъ, т. е. ассоціированное представленіе частнаго центра перешло на слуховой, явилось сочетанное усиленно-активное звуковое состояніе или звуковое представленіе этой буквы. На томъ же основаніи вспомнятся ея очертанія, когда ее покажутъ; т. е. обусловится ассоціированное представленіе частнаго центра одного и того же общаго зрительнаго центра. И здѣсь, т. е. когда происходитъ ассоціація представленій частныхъ центровъ одного и того же общаго центра и тамъ, т. е. когда происходитъ ассоціированное представленіе въ разноименномъ центрѣ, мы имѣемъ одинъ и тотъ-же процессъ ассоціаціи, и здѣсь и тамъ вводится дѣятельность клѣтокъ при посредствѣ соединяющихъ нервныхъ отростковъ. Вся разница въ томъ, что

въ первомъ случаѣ, когда къ зрительному представленію присоединилось слуховое, участвовали клѣтки двухъ различныхъ разноименныхъ центровъ органовъ внѣшняго воспріятія; когда же при видѣ буквы а, вспомнились ея очертанія, величина, разстояніе отъ насъ и отъ другихъ предметовъ, происходилъ процессъ сочетанія въ области клѣтокъ одного и того-же центра органа внѣшняго воспріятія.

И въ самомъ дѣлѣ, очертанія буквы а, ея величина, разстояніе отъ насъ и т. д. вспомнились вслѣдствіе ассоціированнаго участія дѣятельности мышцъ глаза, а это рефлексное явленіе съ зрительнаго-же центра.

Разюмируемъ сказанное нами объ условіяхъ образованія ассоціированныхъ представлений: путемъ ассоціаціи можетъ обусловиться усиленно-активное состояніе любого центра. Для того, чтобы даннымъ ассоціированнымъ возбужденіемъ обусловилось опредѣленное представленіе, необходимо, чтобы вовлеченный въ усиленно-активное состояніе центръ уже до этого находился въ усиленно-активномъ состояніи чрезъ свой органъ внѣшняго воспріятія по отношенію къ той ассоціаціи, которая вызвана въ данномъ случаѣ съ первично-возбужденнаго центра.

Разъ центръ объективировалъ свое усиленно-активное состояніе въ той или другой формѣ, обусловленной внѣшнимъ, съ периферіи пришедшимъ, возбужденіемъ, онъ впослѣдствіи всегда приходитъ въ то же состояніе объективированія, откуда не пришло-бы къ нему возбужденіе.

---

Мы рассмотрѣли ассоціацію между центрами зрительнаго и слуховаго представленія. Но та-же ассоціація можетъ случиться между другими центрами представленія и притомъ не только между двумя, но и большимъ ихъ числомъ. Очевидно, что тамъ, въ сложной ассоціаціи дѣятельности клѣтокъ разноименныхъ центровъ должны существовать тѣ-же законы, что и въ ассоціаціи частныхъ центровъ одного и того-же общаго центра. Вездѣ въ актѣ ассоціаціи клѣтки и волокна необходимы. Нѣтъ, однако, сомнѣнія, что клѣткѣ въ этомъ процессѣ принадлежитъ главенство, отросткамъ-же клѣтокъ служебная роль, хотя есть авторы, которые приписываютъ клѣткамъ служебную питательную роль, а волокнамъ главную. Правда, нервные отростки безъ клѣтокъ атрофируются, но это явленіе можно объяснить и тѣмъ, что безъ клѣтокъ ея волокна остаются въ бездѣтельномъ состояніи, влекущемъ

за собою атрофію и смерть. Вѣрнѣе, такимъ образомъ, взглядъ, что клѣтка своего рода организмъ, а отростки—ихъ продукты. Впрочемъ, для нашего вопроса все равно, клѣтка или ея волокна играютъ первенствующую роль въ процессѣ памяти. Важно лишь то, что ни клѣтка безъ ея отростковъ, ни отростки безъ клѣтокъ не даютъ условій существованія памяти.

Что касается названія самаго процесса ассоціаціей, то назовите его психическимъ, духовнымъ, или инымъ словомъ, суть отъ этого не измѣнится,—онъ остается первичнымъ молекулярнымъ процессомъ въ корковыхъ клѣткахъ и ихъ отросткахъ.

Съ этой точки зрѣнія на память, т. е. съ точки зрѣнія анатомо-физиологической, яснымъ становится и фактъ сознанія.

Мы уже видѣли, что представленіе то-же, что и знаніе. Когда происходитъ зрительное представленіе буквы а, человекъ, въ тоже время знаетъ, что внѣ его находится (или находилась) эта буква. Знаніе тутъ все равно, что физиологическій актъ, т. е. усиленно-активное состояніе клѣтки и ея отростковъ. Если къ этому первичному знанію (представленію) присоединится сочетанное по отношенію къ той-же буквѣ, то это послѣднее по отношенію къ первому будетъ сознаніе, хотя подъ словомъ «сознаніе» слѣдовало-бы понимать всякое усиленно-активное состояніе центра, когда оно является для субъекта въ формѣ представленія. Такимъ образомъ ассоціированное представленіе тоже, что и сознаніе (со—знаніе). Можно, слѣдовательно, сказать, что сознаніе тоже, что сложное ассоціированное знаніе, или совокупность знаній по отношенію къ одному и тому-же объекту, предмету; сознавать значило-бы знать гораздо сложнѣе, полнѣе, больше, чѣмъ просто знать. Сознаніе слѣдовательно, должно быть тѣмъ полнѣе, точнѣе, объемъ его тѣмъ больше, чѣмъ больше существуетъ центровъ представленія, чѣмъ каждый изъ нихъ богаче функциональной дѣеспособностью, чѣмъ больше нервныхъ элементовъ даннаго центра, нервныхъ путей между ними, и чѣмъ всѣ эти части совершеннѣе, т. е. развитѣе и т. д.

Допустивъ, что представленіе составляетъ функціи нервной клѣтки корки мозга, а сознательная память—функцію ассоціаціонной дѣятельности этихъ клѣтокъ, мы принуждены признать, что сознательная память безъ представленій не

мыслима. И въ самомъ дѣлѣ, мы видимъ, что ослабленное сознаніе всегда идетъ рука объ руку съ уменьшенной памятью, или, вѣрнѣе, мы наблюдаемъ уменьшенную способность представленій, ихъ сочетаній и памяти, сознанія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ субстраты этихъ отправленій ослаблены, менѣе развиты, и, наоборотъ, увеличеніе, усиленіе этихъ отправленій тамъ, гдѣ субстраты представленій, ихъ сочетаній и памяти количественно болѣе развиты, связь между ними полнѣе, и проводимость путей, ихъ соединяющихъ, увеличена. Такъ, въ болѣзненныхъ случаяхъ временнаго или постоянного уменьшенія клѣтокъ и волоконъ, или когда, почему-бы то ни было, уменьшены размѣры ихъ отправленія и ослаблена проводимость между клѣтками, всегда замѣчается паденіе способности представленія и дѣятельности памяти и сознанія. Сказаннымъ объясняется фактъ болѣе ограниченнаго отправленія тѣхъ органовъ внѣшняго воспріятія, центры которыхъ бѣднѣе кортикальными клѣтками,— и наоборотъ.

Такъ, мы видѣли, что наибольшей силой объективированія отличаются органы слуха и зрѣнія, т. е. тѣ органы, кортикальные центры которыхъ занимаютъ большую область.

Теперь приведемъ болѣе сложный примѣръ состоянія представленій, слѣдовательно, и примѣръ болѣе сложной памяти.

Предположимъ, что передъ человѣкомъ находится уже знакомый ему предметъ, который по своимъ качествамъ (признакамъ) способенъ дѣйствовать на нѣсколько органовъ внѣшняго воспріятія. Возьмемъ для примѣра лимонъ и предположимъ, что онъ составляетъ для даннаго человѣка уже знакомый предметъ; значитъ, этотъ человѣкъ уже подвергался воздѣйствію вкусоваго и пахучаго вещества лимона, воздѣйствію свѣта, падавшаго на глазъ человѣка съ того-же лимона, слѣдовательно, этотъ человѣкъ уже знаетъ цвѣтъ, форму, величину лимона; положимъ, что онъ тоже уже знаетъ его плотность, качество поверхности, вѣсъ; наконецъ, ему уже извѣстно звуковое обозначеніе лимона, т. е. его названіе: «лимонъ». Итакъ мы предположили, что человѣкъ знаетъ всѣ качества лимона и его названіе.

Предположимъ далѣе, что этому человѣку только показали лимонъ; лимонъ значитъ подѣйствовалъ на одно зрѣніе. Тѣмъ не менѣе, человѣкъ вспомнить 1) его существенные признаки: вкусъ, запахъ, цвѣтъ, 2) его болѣе или

менѣ постоянные признаки: форму, величину, вѣсъ, качество поверхности; 3) наконецъ, его случайное <sup>1)</sup> обозначеніе или его названіе. Такимъ образомъ, если человѣку, уже знакомому съ лимономъ, показать его вновь, то онъ вспомнить всѣ его признаки и условное названіе его. Какъ же это происходитъ? Въ данномъ случаѣ мы видимъ, что лимонъ опредѣленнымъ образомъ воздѣйствовалъ на органъ зрѣнія,—лимонъ показали человѣку. Зрительный центръ, очевидно, пришедшій при этомъ въ усиленно-активное состояніе, вызвалъ путемъ сочетающихся волоконъ памятовую (вторичную) усиленно-активную дѣятельность въ центрахъ другихъ органовъ внѣшняго воспріятія, дѣятельность опредѣленную и относящуюся къ лимону: въ частныхъ центрахъ общаго зрительнаго центра усиленно-активное состояніе обусловило представленія цвѣта лимона, его форму, величину, разстояніе и т. д. во вкусовомъ представленіе его вкуса; обонятельномъ—его запаха; слуховомъ—его условное слуховое обозначеніе, или названіе; въ центрѣ осязанія—качество его поверхности и т. д. Словомъ, мы видимъ появленіе цѣлой области обширной дѣятельности, области, въ которую вовлечены различные центры представленія вслѣдствіе внѣшняго воздѣйствія одного изъ нихъ: въ каждомъ изъ нихъ (кромѣ зрительнаго) происходили вторичныя, ассоціированныя, памятовья представленія по отношенію къ одному и тому-же предмету (лимону).

Чтобы яснѣе стала безусловная необходимость нервныхъ путей между центрами для памятовыхъ или ассоціированныхъ представленій, предположимъ, что ассоціированные пути отъ центра обонянія прерваны, и что человѣкъ съ этимъ недостаткомъ, при закрытыхъ глазахъ, онъ не въ состояніи будетъ вспомнить остальныхъ его признаковъ. потому-что, за отсутствіемъ ассоціационныхъ путей, всѣ центры органовъ внѣшняго воспріятія, уединенные отъ центра обонянія, не могутъ быть приведены въ усиленно-активное состояніе со стороны центра обонянія, и потому останутся въ состояніи своей средне-активной дѣятельности. Если-же этому человѣку дать попробовать лимонъ на вкусъ, то онъ вспомнить всѣ его остальные качества, кромѣ запаха, бо-

<sup>1)</sup> „Случайное“—условное обозначеніе, потому что, напр. по французски —limon значить: тина; для звуковаго обозначенія лимона французы пользуются другимъ названіемъ citron.

нечно, если предположить, что остальные центры представлений взаимно соединены нервными путями.

Бываютъ случаи, когда человѣкъ, увидѣвъ напр., лимонъ или другой знакомый ему предметъ, не вспомнить его названія. Это значитъ, что еще не приготовился, не вырабатался удобный, такъ-сказать, легче проводимый путь отъ зрительнаго центра представленія къ слуховому, или-же ассоціированное возбужденіе съ зрительнаго центра не достаточно сильно для того, чтобы въ слуховомъ усиленно-активное состояніе достигло до степени напряженія, необходимаго для объективированія этого состоянія, или-же путь къ нему съ зрительнаго центра прерванъ и т. д.

До сихъ поръ я разсматривалъ представленія, относящіяся къ явленіямъ реального міра, т. е. такія, которыя обуславливаются фактическимъ воздѣйствіемъ внѣшнихъ агентовъ или путемъ ассоціаціи, первоначально тоже обусловленной внѣшнимъ агентомъ, такъ-какъ хотя съ перваго взгляда кажется, что вторичныя представленія обязаны своимъ возникновеніемъ не внѣшнему вліянію, но, при ближайшемъ изученіи причинъ ихъ возникновенія, оказывается, что и они, т. е. ассоціированныя представленія имѣютъ или когда-то имѣли реальное основаніе и отличаются отъ первичныхъ только способомъ происхожденія. Первичныя обязаны внѣшнему объекту, вторичныя возбужденію косвенному, но все-же отъ того-же объекта. Во всякомъ случаѣ въ центрахъ, въ которыхъ происходитъ процессъ образованія вторичныхъ представлений, усиленно-активное состояніе зависитъ отъ возбужденія, пришедшаго извнѣ, чрезъ другой, посредствующій центръ, слѣдовательно пришедшаго со стороны реальности. Итакъ, мы прослѣдили путь образованія реальныхъ представлений,—они имѣютъ или имѣли свою первоначальную причину въ области реального міра. Спрашивается, такимъ-ли путемъ образуются представленія безъ-объективныя, что и объективныя, т. е. представленія, относящіяся къ области отвлеченнаго міра, какъ, напр., о вѣрѣ, вѣчности, добрѣ, злѣ и т. д., обязаны-ли они своимъ происхожденіемъ тѣмъ-же реальностямъ, что и представленія конкретнаго міра?

На этотъ вопросъ приходится отвѣтить утвердительно. Человѣкъ знаетъ только реальности, т. е. то, что происходитъ въ немъ, или точнѣе, въ его мозгу, и то, что совершается при посредствѣ реальности, потому-что всѣ представленія повидимому отвлеченностей, при ближайшемъ ихъ

анализъ, обязаны своимъ происхожденіемъ конкретному міру. Для доказательства сказаннаго, разложимъ на составныя части какое-либо изъ отвлеченныхъ представленій (словомъ) напр., представленіе о вѣрѣ. Сюда входятъ представленія о Богѣ и вѣчной жизни, наслажденіи, возмездіи, о душѣ, молитвѣ, о цѣломъ рядѣ дѣйствій извѣстной категоріи, объ извѣстномъ личномъ настроеніи, выраженіи лица, даже о положеніи всей фигуры человѣка, его образѣ дѣйствій по отношенію къ другимъ и т. д. Каждое изъ этихъ представленій играетъ роль какъ-бы слагаемаго въ общей суммѣ сложнаго представленія о вѣрѣ. При ближайшемъ анализѣ приведенныхъ слагаемыхъ оказывается, что каждое изъ нихъ, въ свою очередь, является не простымъ, а сложнымъ представленіемъ. Такъ, представленіе о вѣчной жизни слагается изъ представленій о безграничномъ времени т. е. о безконечномъ рядѣ фактовъ; представленіе о жизни состоитъ изъ представленій о различныхъ явленіяхъ изъ области физики, химіи, механики, фізіологіи и т. д., а эти науки занимаются реальностями и явленіями изъ реального міра. Возьмемъ другой примѣръ: ненависть. И она состоитъ изъ представленій объ извѣстномъ внутреннемъ состояніи человѣка, а состояніе безъ матеріи не мыслимо; объ извѣстномъ его выраженіи, а выраженіе безъ матеріи тоже не осуществимо; о томъ или другомъ образѣ дѣйствія, а дѣйствіе осуществимо только при помощи той-же матеріи и т. д.

---

*(Продолженіе будетъ).*



Dr. Stearn.

## Христина, королева шведская.

Переводъ К. Н. Ковалевской.

Христинѣ было двадцать два года, когда она была на вершинѣ могущества и власти—королевой одной изъ значительнѣйшихъ странъ Европы того времени. Она унаслѣдовала тронъ послѣ длиннаго ряда предковъ, выдающихся способностями и дарованіями, и была окружена столь благопріятными условіями и вѣрными подданными, какъ немногіе современные ей правители. Природа одарила ее блестящимъ умомъ,—она любила и изучила литературу, музыку, языки и искусства, она была окружена выдающимися учеными и обладала полной возможностью развитъ какъ свои природныя, такъ и пріобрѣтенныя дарованія. Она съ бѣлымъ успѣхомъ провела благія перемѣны и достигла хорошихъ результатовъ, нежели многіе другіе правители и, говорятъ, принимала, большое участіе въ дѣлѣ прекращенія тридцатилѣтней войны. Она обладала обаятельнымъ обращеніемъ и блестящимъ разговоромъ; она любила окружать себя научно-образованными людьми. Ея руки многократно искали лица, занимавшіе высшее положеніе въ Европѣ. Всякое желаніе ея всегда предупреждалось и по возможности точно исполнялось преданнымъ министромъ и вѣрноподданнымъ народомъ. Такова была Христина, королева Швеціи, въ двадцать два года. Около этого времени, съ точностью опредѣлить его трудно, въ характерѣ ея, отчасти и вкусахъ и цѣляхъ, стала замѣтна перемѣна. Она,—которая усидчиво занималась и училась, не спала, по собственному заявленію, болѣе четырехъ часовъ въ сутки, любила физическія упражненія, управляла своимъ королевствомъ съ такимъ достоинствомъ, что внушила глубочайшее уваженіе всѣмъ окружающимъ ея лицамъ и доказала, что она создана быть правительницей—

эта женщина-королева начала проявлять противоположныя черты характера, которыя постепенно становились все болѣе и болѣе явными. Она лишила своего участія и довѣрія челоуѣка строгой и неподкупной честности, къ которому была привязана многіе годы, и пригласила къ своему двору шарлатановъ со всей Европы. Она раздавала большія суммы сомнительнымъ личностямъ и тратила много денегъ на покупку ненужныхъ предметовъ, приносимыхъ ими ей съ совѣтомъ купить. Она стала болѣе интересоваться частными театрами, нежели дѣлами своей страны и пренебрегала послѣдними ради первыхъ. Врачъ-атеистъ, спасшій, по ея мнѣнію, ей жизнь, сталъ первымъ ея приближеннымъ и имѣлъ болѣе вліянія на королеву, нежели ея государственный канцлеръ или другіе министры. Она тратила большія суммы государственныхъ денегъ на покупку древнихъ манускриптовъ, книгъ и другихъ предметовъ, сомнительнаго достоинства, и довела состояніе финансовъ своей страны до такого безпорядка, разобрать и упорядочить который было невозможно; когда же старые и вѣрные совѣтники намекали или совѣтовали перемѣнить поведеніе, или пытались обратить вниманіе королевы на наиболѣе важныя дѣла государства, то она отвѣчала имъ безучастно и съ холодностью. Спустя нѣсколько лѣтъ по этой перемѣнѣ жизни и характера, королева объявила о своемъ рѣшеніи передать престолъ другому лицу, покинуть родину и провести остальную жизнь въ другой странѣ; она дѣятельно приводила въ исполненіе это рѣшеніе, несмотря на убѣжденія и просьбы министерства и народа не покидать страны и престола. Наконецъ, въ торжественномъ засѣданіи, собранномъ съ этой цѣлью, королева произнесла краснорѣчивую рѣчь, выражая свою признательность исполнителямъ ея воли, напоминая о томъ, что ей удалось сдѣлать для страны, благодаря ихъ содѣйствію, затѣмъ она сняла корону съ головы и объявила о передачѣ ея другому лицу; переговоры, длившіеся нѣсколько мѣсяцевъ, имѣли цѣлью обезпечить королеву 240,000 годового дохода, выплачиваемаго ей страной, съ разрѣшеніемъ жить, по желанію ея, въ любой европейской странѣ. Вскорѣ послѣ этого она собрала все свое имущество, распорядилась управленіемъ его и неожиданно уѣхала въ Италію.

Тотчасъ по переѣздѣ черезъ границу и освобожденіи отъ стѣсненій, налагаемыхъ на нее ея саномъ, королева повела весьма свободный и легкій образъ жизни, рѣчь ея стала веселой, свободной и нечестивой, — она держала себя безъ всякаго достоинства, стала одѣваться въ мужское платье и вообще проявляла чувства и поведеніе, весьма несоотвѣтствующія прежнему своему положенію. Королева была воспитана протестанткой, отецъ ея умеръ, сражаясь за протестантизмъ, — теперь же, пріѣхавъ въ городъ, большинство жителей котораго были католики, королева открыто отвергла свою прежнюю вѣру и присоединилась къ католической.

Обстоятельства, сопровождавшія этотъ шагъ, и объясненія, даваемыя самой королевой, ясно указывали, что шагъ этотъ былъ актомъ особенной вѣжливости или любезности и, по собственнымъ словамъ королевы, она смотрѣла на свой поступокъ, отчасти, какъ на шутку. Она не только отреклась отъ вѣры отцовъ, но, отъ времени до времени, становилась еще и крайне небрежной къ своей особѣ, наружности и костюму, несмотря на то, что ее принимали съ большимъ почетомъ и съ доказательствами глубочайшаго уваженія, какъ правительствъ, такъ и народа, посѣщаемыхъ ею странъ. Папа лично принималъ ее въ Римѣ и предоставилъ ей полную возможность ознакомленія съ наиболѣе выдающимися и учеными дѣятелями Италіи, и даже пожаловалъ ей пенсію; но весьма скоро она открыто поссорилась съ папой и отказывалась подчиниться его требованіямъ. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ королевѣ уже надоѣли какъ окружающіе ее люди, такъ и принятый ею образъ жизни, она заболѣла и перенесла тяжкую и продолжительную болѣзнь. По выздоровленіи, она посѣтила Парижъ и пользовалась любезностью и вниманіемъ нѣкоторыхъ, наиболѣе выдающихся, мужчинъ и женщинъ Франціи; королева весьма властно и свободно говорила о всѣхъ вопросахъ, касающихся политики и правительствъ, не только своей страны, но и остальныхъ европейскихъ странъ, о наукѣ, искусствахъ и литературѣ; при случаѣ она не отказывалась употреблять нечестивыя выраженія или грубую рѣчь, бывала раздражительна и, однажды, будучи во Франціи, пригово-

рила къ смерти своего дворецкаго, на томъ основаніи, будто онъ выдалъ нѣкоторыя изъ ея тайнъ.

Спустя нѣсколько лѣтъ, тронъ Швеціи освободился, вслѣдствіе смерти двоюроднаго брата королевы; тутъ она вернулась въ Стокгольмъ и употребляла всѣ усилія къ тому, чтобы убѣдить своихъ бывшихъ подданныхъ снова признать ее своей королевой.

Въ другой разъ, когда престолъ Польши оказался свободнымъ, у королевы возникъ проэктъ занять его; она напрягла всѣ силы своего ума, чтобы достичь величія, которое было значительно менѣе отвергнутаго ею за нѣсколько лѣтъ. Она убѣдила талантливѣйшихъ министровъ дѣйствовать въ пользу ея и писала инструкции и письма, руководя ими. Она истратила большія суммы денегъ и была занята мечтами о власти и будущихъ побѣдахъ, если снова вступитъ на престолъ и будетъ имѣть въ своемъ распоряженіи войско; но ея надежды и ожиданія остались мечтой. Королева снова вернулась въ Римъ и прожила нѣсколько лѣтъ крайне легкомысленнымъ образомъ жизни, она наполняла свое время интригами и ссорами, то съ папой, то съ лицами имѣвшими мало значенія. Незадолго до смерти, она написала слѣдующее изрѣченіе: я хочу жить настолько весело, насколько это возможно,—смерть, приближеніе которой я чувствую, не пугаетъ меня; я жду ее безъ желанія, но и безъ страха.

Вопросъ: что въ такомъ образѣ жизни и поведеніи говоритъ въ пользу здравомыслія (sanity) и что въ пользу душевнаго заболѣванія (insanity)?

Въ отвѣтъ на этотъ вопросъ мы должны указать во первыхъ на то, что характеръ королевы Христины сильно, а въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ даже радикально, измѣнился; измѣненіе характера, проявляющееся въ привычкахъ, образѣ мыслей, вкусахъ, стремленіяхъ, чувствахъ и волѣ—признается за серіозное доказательство душевнаго заболѣванія. Но эта перемѣна не доказываетъ душевнаго пораженія достаточно сильнаго, чтобы обусловить невмѣняемость.

Надо замѣтить, что существуетъ масса лицъ, у которыхъ есть прирожденная способность судить крайне своеобразно о фактахъ, относящихся какъ къ нимъ самимъ, такъ и къ окружающимъ. Въ общежитіи та-

кихъ людей зовутъ странными; они совершаютъ странные и необычайные поступки также естественно, какъ здоровые люди совершаютъ нормальныя дѣйствія. Обыкновенно эти оригиналы не сознаютъ себя таковыми, если же и сознаютъ, то, тѣмъ не менѣе, вполне равнодушно и прямолинейно движутся по намѣченному пути и на измѣненіе разъ намѣченнаго ими пути не повліяютъ ничьи мнѣнія или убѣжденія. Такія личности нерѣдко преодолеваютъ преграды и препятствія, которыя остановили и побѣдили бы людей съ болѣе чувствительной нервной организаціей, и если наступаетъ несчастный исходъ предпринятаго, то они какъ-бы не видятъ его. Соединеніе извѣстныхъ умственныхъ и нравственныхъ чертъ съ нервной организаціей, обладающей столь гибкими волокнами, нерѣдко даетъ героевъ, завоевателей, реформаторовъ, инициаторовъ революцій,—въ другихъ же случаяхъ фразеровъ и обманщиковъ. Затѣмъ, большинство людей въ теченіе ихъ жизни подвергаются перемѣнамъ характера, проявляющимся во вкусахъ, чувствахъ и общемъ направленіи. Это совершается преимущественно въ раннемъ періодѣ жизни и особенно между семнадцатую и двадцатую четвертьями годами, въ томъ періодѣ, когда мозгъ переходитъ въ наиболѣе длительный характеръ дѣятельности. Вѣроятно, есть крупница, и даже много крупницъ, истины въ старой поговоркѣ: веди ребенка по тому пути, по которому ему предстоитъ идти, и въ старости онъ не сойдетъ съ него». Но я увѣренъ, что масса родителей и воспитателей едва-ли точно знаютъ, что они подразумеваютъ подъ «путемъ, которымъ ребенку предстоитъ пойдти». Многія дѣти развиваютъ въ себѣ великіе характеры, какъ мужскіе, такъ и женскіе, несмотря на то—вели-ли ихъ сообразно этой цѣли, или обратно, или же даже безъ всякаго воспитанія; съ другой-же стороны, иныя дѣти направляются ко злу, несмотря или даже вопреки самому заботливому и, повидимому, правильному воспитанію. Наконецъ, еще иныя дѣти, въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ шедшія къ добру, или ко злу, измѣняются, принимаютъ обратное направленіе и оказываются таковыми, какъ никто не могъ этого ожидать до ихъ двадцатаго года. Безъ сомнѣнія, каждый изъ

насъ знаетъ дѣтей, проявившихъ весьма мало общающія умственныя и нравственныя черты,—дѣтей, о будущемъ которыхъ досужія кумушки давали зловѣщія пророчества,—и тѣмъ не менѣе эти дѣти измѣнялись въ періодъ жизни до 25 лѣтъ, начинали новую страничку своего календаря и въ концѣ концовъ становились весьма почетными личностями. Обратное также нерѣдко случается.

Многія личности, подавшія до своего двадцатилѣтія богатые надежды, разбиваютъ лучшія предположенія и мечты; все предшествовавшее оказывается ложью и наступаетъ несостоятельность характера, нравственности и интеллекта. Я увѣренъ, что въ такихъ случаяхъ, при перемѣнахъ въ ту или другую сторону, непременно существуетъ до нѣкоторой степени и перемѣна въ физическихъ свойствахъ мозга. Измѣненіе не будетъ только психическимъ,—но и физическая перемѣна не всегда будетъ причиной перемѣны умственной, скорѣе измѣненіе совершается *pari passu* и тутъ, и тамъ; чаще, въ особенности, когда характеръ измѣняется къ лучшему, физическая перемѣна обуславливается измѣненіемъ психическимъ.

Кромѣ того, нерѣдко наблюдаются измѣненія характера душевной дѣятельности, обуславливаемыя извѣстными функціональными состояніями мозга—состояніемъ нейрастеническимъ и анемическимъ. Лица, страдающія такими состояніями, по временамъ обладаютъ обостреннымъ слухомъ, вкусомъ, осязаніемъ и обоняніемъ. Рѣзкіе и негармоничные звуки слышатся имъ еще болѣе рѣзкими и менѣе гармоничными; нѣкоторыя пищевыя вещества даютъ болѣе рѣзкое вкусовое ощущеніе, нѣкоторыя краски болѣе обыкновеннаго радуютъ глазъ.

Тоже самое имѣетъ мѣсто, даже въ болѣе сильной степени, въ области чувственной; личности эти въ данный моментъ находятъ удовольствіе въ предметахъ, которые въ другое время не понравились бы имъ; они недовольны и огорчаются фактами, которые не произвели бы на нихъ дурнаго впечатлѣнія, если бы они не были въ болѣзненномъ состояніи.

По временамъ міръ, его прелести и радости кажутся столь великими въ глазахъ вышеуказанныхъ людей, что мысль о смерти невыносима имъ; черезъ нѣсколько времени, вслѣдствіе даже пустаго происше-

ствія, радость и прелесть жизни пропадает и мысль о смерти имъ пріятнѣе. По временамъ они становятся раздражительными, безпокойными и легко возбуждающимися; незначительныя обстоятельства, которыя, при иномъ состояніи нервной системы, показались бы имъ пустяками, теперь вызываютъ взрывъ возбужденія съ большимъ трудомъ сдерживаемый; кромѣ того они подвержены внезапнымъ импульсамъ, каковы: желаніе броситься въ воду или огонь, или втолкнуть другого въ нихъ и проч. Случается, что могущественнѣйшее чувство, какъ любовь къ родителямъ и дѣтямъ, столь сильныя въ здоровомъ состояніи, что вызываютъ готовность страдать и даже, если нужно, умереть за внушающихъ ихъ, — чувства эти исчезаютъ и замѣняются противоположными — равнодушіемъ и даже ненавистью, проявляющимися какъ въ отношеніяхъ къ даннымъ лицамъ, такъ и вообще въ поведеніи. Подобныя перемѣны наступаютъ во всѣхъ душевныхъ проявленіяхъ, если мозгъ находится въ извѣстномъ аномальномъ состояніи, и нѣтъ сомнѣнія, что послѣднее является причиной перваго, т. е, аномальное состояние вызываетъ перемѣну. Это ненормальное состояние мозга, обусловливается, быть можетъ, измѣненіями, постоянно имѣющими мѣсто въ крови, вслѣдствіе процесса воспріянія и выдѣленія, или же тонкими химическими процессами, происходящими въ нервныхъ элементахъ полушарій мозга и поражающими ихъ способности воспріянія и чувствительности, или какими нибудь другими причинами вызывающими неправильныя отправленія мозга.

Слѣдовательно, мы имѣемъ разстроенную нервную систему, а потому и измѣненную душевную и физическую дѣятельность; и то, и другое нерѣдко длится мѣсяцами, и та, и другая дѣятельность подчинены волѣ, но и воля можетъ быть поражена, — тѣмъ не менѣе состояніе это не признается еще душевною болѣзною. Въ данномъ случаѣ расстройство психики не дошло до того, чтобы уничтожить сознательное къ ней отношеніе, или уничтожить способность правильно оцѣнивать и обсуждать измѣненія, наступившія какъ въ ощущеніяхъ, такъ и въ умственной дѣятельности, наконецъ, сохранилась нѣкоторая доля сдержанности и контроля надъ собой. — Патологическое состояніе не распространилось на центръ интеллекта.

Описанное душевное состояніе относится къ душевной болѣзни, какъ состояніе конгестіи—къ воспаленію,—то есть, первое готово къ переходу во второе. Эта переменна характера есть уже путь къ душевному заболѣванію, и если измѣненія становятся достаточно глубокими и многочисленными, то наступаетъ переходъ въ душевное заболѣваніе, подобно тому, какъ конгестія, усиливаясь, переходитъ въ воспаление. Если, напримѣръ, сила воли настолько слабѣетъ, что подчиняется эмотивной системѣ и послѣдняя управляетъ первой, или если состояніе нервной системы, вызывающее раздражительность, безразсудность, возбужденіе или подавленность, становится постояннымъ состояніемъ; или же, наконецъ, если любовь къ близкимъ переходитъ въ прочную ненависть—и воля не въ силахъ побороть этого,—то такіа измѣненія мыслительной и душевной дѣятельности безусловно указываютъ на душевное заболѣваніе. Я склоненъ думать, что значительныя переменныя поведенія и характера королевы Христины можно подвести подъ одну или даже всѣ три вышеуказанныя категоріи измѣненій, но вмѣстѣ съ тѣмъ я убѣжденъ, что они не достигли области дѣйствительнаго душевнаго заболѣванія. Исторія ея доказываетъ, что поведеніе ея значительно подчинялось волѣ и сознательнымъ цѣлямъ. Послѣ умственныхъ трудовъ и переутомленія наступило равнодушіе, беззаботность, направившія ее въ иную сторону и къ инымъ цѣлямъ. Строгая и твердая вѣра отца, подъ случайнымъ вліяніемъ приближеннаго атеиста, замѣнилась безвѣріемъ. Долгое и тяжелое стѣсненіе придворнаго этикета и формальностей утомили ее, она рвалась къ свободѣ, какъ орелъ, выпущенный изъ клѣтки, стремится взлетѣть къ небесной лазури. Переходъ отъ Швеціи и престола—къ Италіи, безъ короны, не малъ, но этотъ шагъ далъ ей свободу, душа ея давно страдала отъ стѣсняющихъ её оковъ, она жаждала болѣе яснаго неба, болѣе свободной жизни, болѣе роскошной природы.

Нечестивыя рѣчи не будутъ имѣть особаго значенія, если мы вспомнимъ, что королева была окружена преимущественно мужчинами и что вѣра ея была пошатнута и даже уничтожена. Мужской костюмъ, принятый королевой, отчасти объясняется ея воспитаніемъ, ее вели какъ мальчика,—отчасти привычкой носить муж-



ское платье на охотах; наконецъ, она одѣвала его въ путешествіи, которое преимущественно совершалось верхохъ, и потому этотъ нарядъ въ ее время и положеніи менѣе страненъ, нежели онъ намъ представляется при примѣненіи его къ современной женщинѣ. Смертный приговоръ, произнесенный ея дворецкому, объясняется тѣмъ, что она продолжала считать себя по отношенію къ окружающему ее штату самодержавной королевой, съ правомъ чинить судъ и расправу и наказывать преступника смертю. Свободное обращеніе и рѣчи и предпочтеніе, высказываемое королевой мужскому обществу — не доказываютъ перемѣны въ ней, ее воспитывали по мужски и кромѣ того она не проявляла строгой нравственности. Она мало заботилась о томъ, что скажетъ свѣтъ, но она сильно заботилась, чтобы свѣтъ заговорилъ о ней. Чѣмъ страннѣе и неприличнѣе она себя вела, тѣмъ болѣе ее забавляла мысль объ изумленіи всей Европы.

«Найдя, что всѣ драмы пріѣдаются уже въ теченіе одного вечера, она рѣшила написать драму, которой восхищаться будутъ не только ея современники, но которая останется безсмертной».

Усилія королевы вернуть себѣ шведскую корону, или, по крайней мѣрѣ, польскую, доказываютъ возвратъ къ прежнему направленію мыслей и стремленій — стремленіе властвовать, столь долго подавляемое, снова пробудилось и бросилось за возможность осуществленія. Наступила реакція. Это возможно было предсказать въ данномъ случаѣ. Нерѣдко ученый, послѣ долгихъ мѣсяцевъ или годовъ умственного труда, бросаетъ свои книги и объявляетъ, что никогда не возьмется за нихъ. Переутомившіеся труженики, чиновники или врачи, мозгъ которыхъ продолжительное время былъ занятъ однообразнымъ родомъ мыслей, жаждутъ отдыха и перемѣны; утомленные и истощенныя хозяйки мечтаютъ о жилищахъ, гдѣ не будетъ безконечныхъ мелкихъ заботъ о домѣ и недобросовѣстной прислуги. Но эти же люди, этотъ же ученый, чиновникъ, врачъ или женщина-домохозяйка совершенно иначе относятся къ своему призванію послѣ путешествія, послѣ пребыванія на морскомъ берегу въ теченіи нѣсколькихъ недѣль, когда перемѣна обстановки, отдыхъ и возстановленіе силъ благодѣтельно по-

дѣйствовали на мозгъ и нервы. Вѣчное пребываніе въ этихъ условіяхъ жизни, такъ недавно казавшихся имъ идеаломъ, уже не прельщаетъ ихъ, они стремятся домой, къ занятіямъ и труду, подобно тому, какъ Христина стремится вернуться на престолъ.

Еще иные элементы играютъ роль въ перемѣнѣ характера Христины, — для изученія ихъ надо обратиться къ ея дѣтству и отрочеству. Христина была дочерью Густава-Адольфа, короля Швеціи, великаго завоевателя и полководца, человѣка одареннаго несокрушимой силой воли и отвагой. Онъ былъ глубоко вѣрующимъ человѣкомъ, убѣжденнымъ протестантомъ, посвятившимъ жизнь борьбѣ за свою вѣру и погибшій въ этой борьбѣ. Мать королевы Христины дочь Курфирста Іоанна Сигизмунда, была красавица, граціозное существо, привязчивое и доброе до слабости; но вмѣстѣ съ тѣмъ она была пуста и поверхностна, сужденія ея были крайне неправильны, умъ ограниченъ; она увлекалась мелкими придворными интригами и одерживала верхъ надъ окружающими, благодаря хитрости и обманамъ. Словомъ, ей нравились качества и поведеніе, не пользующіяся одобреніемъ ея мужа и подданныхъ. Едва ли двое болѣе различныхъ людей когда либо соединялись бракомъ; большимъ разочарованіемъ, и не только для родителей, было рожденіе дочери, Христины, вмѣсто ожидаемаго сына первенца. Но дочь эта скоро проявила себя и съумѣла овладѣть любовью отца. Однажды, когда ребенокъ былъ боленъ, отецъ, находившійся въ отсутствіи, проскакалъ нѣсколько сотенъ миль, безъ остановки, день и ночь. Выздоровленіе дочери было отпраздновано большимъ народнымъ торжествомъ. Послѣ этого Христина часто сопровождала отца въ путешествіяхъ по различнымъ частямъ королевства и героически выдерживала трудности, сопровождающія эти путешествія. Вслѣдствіе этого у короля возникала мысль воспитать дочь какъ мальчика, ее обучали всѣмъ упражненіямъ, верховой ѣздѣ и т. д. Христина, будучи маленькимъ ребенкомъ, ѣздила въ лѣсъ съ охотниками, принимая участіе въ охотахъ и стала прекраснымъ стрѣлкомъ. Христинѣ было шесть лѣтъ, когда скончался ея отецъ, и воспитаніе ее перешло въ руки безхарактерной матери и тетки, которыя,

то исполняли всякое ея желаніе, то наказывали за малѣйшій проступокъ. Вдовствующая королева окружила себя шутами, дурачками и личностями, далеко не выдающимися, въ обществѣ которыхъ ребенку приходилось пребывать. Христинѣ еще не минуло десяти лѣтъ, когда она сознала и утомилась окружающей ее пустотой и настойчиво просила разрѣшенія посвятить свое время учению и книгамъ. Она дѣйствительно стала усердно учиться, посвящая не менѣе двѣнадцати часовъ на изученіе языковъ и математики. Образованіемъ ея руководили пять ученыхъ профессоровъ и, повидимому, она имѣла весьма мало дѣла съ лицами ея пола. Говорятъ, что она весьма рано проявляла нелюбовь къ женщинамъ и всегда избѣгала женскаго общества. Успѣхи ея въ наукахъ были таковы, что въ шестнадцать лѣтъ она свободно владѣла «шестью языками»,—любимыми ея произведеніями были творенія Оукидида, а также и латинскихъ авторовъ. Семи лѣтъ Христина умѣла себя держать въ придворномъ обществѣ и умѣла умно поддерживать разговоръ съ учеными. Въ шестнадцать лѣтъ она достигла такой зрѣлости ума и сужденій, что регенство убѣдило ее вступить въ отправленіе своихъ обязанностей королевы. Въ восемнадцать лѣтъ она держала рѣчи къ Сенату, отдавала приказанія министрамъ, направляла дѣла королевства, была самовольна, самоувѣрена, властительна и надменна . . .  
 . . . . . Она крайне нетерпѣливо выносила совѣты, идущіе противъ ея взгляда на дѣло или противъ ея каприза, не выносила чьего либо руководства и посвящала всю свою энергію на управленіе дѣлами королевства и на ознакомленіе съ дипломатическими отношеніями, поддерживаемыми между ея королевствомъ и другими странами.

Такимъ образомъ, мы обладаемъ двумя фактами, имѣющими серіозное значеніе для правильной оцѣнки совершившейся съ королевой перемѣны. Во первыхъ—наслѣдственность; во вторыхъ—воспитаніе. По закону наслѣдственности отпрыскъ унаслѣдуетъ черты характера, существующія у обоихъ родителей; черты эти, сливаясь и преобразовываясь, создаютъ третье существо, отличное отъ обоихъ первыхъ. Закона, регулирующаго степень или силу вліянія наслѣдственности, не суще-

ствуесть, по крайней мѣрѣ мы не знаемъ такого закона, и вліяніе наслѣдственности въ различныхъ случаяхъ проявляется различными путями и въ различной степени. У нѣкоторыхъ лицъ ясно замѣчаются опредѣленные и рѣзкія черты, какъ физическія, такъ и нравственныя, существовавшія у одного изъ родителей, или у обоихъ, и эти свойства, развиваются и проявляются въ теченіе всей жизни совмѣстно; въ другихъ случаяхъ принимаетъ участіе законъ, такъ называемаго, атавизма, и черты принадлежавшія дѣдамъ или прадѣдамъ проявляются черезъ одно или черезъ нѣсколько поколѣній. Еще въ иныхъ случаяхъ физическое и нравственное свойство одного изъ родителей рѣзко проявляется въ теченіи дѣтства и юности ребенка, свойства же другого родителя начинаютъ преобладать въ болѣе позднему періодѣ жизни. Послѣднее, по всей вѣроятности, чаще имѣетъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, подобно разсматриваемому нами случаю, родители крайне несхожи въ умственномъ и нравственномъ отношеніи. И дѣйствительно, Христина въ дѣтствѣ и юношества проявляла черты характера отца, благодаря которымъ онъ сталъ столь выдающимся человѣкомъ. Она любила звукъ пушечной пальбы, любила опасности и трудности походовъ, любила величіе и вообще обстановку нераздѣльно связанную съ управленіемъ дѣлами страны или командованіемъ великой арміей. Она любила бесѣдовать съ героями и министрами, любила вспоминать о великихъ подвигахъ ея соотечественниковъ. Въ совѣщательныхъ засѣданіяхъ регентства, подъ вліяніемъ вдохновенія, Христина оспаривала мнѣніе наиболѣе мудрыхъ своихъ совѣтниковъ и въ такихъ случаяхъ рѣчь и дѣйствіе ея отличались умомъ и разумностью, поражавшими слушателей. Она проявляла умственную мощь и твердость въ соединеніи со способностью предвидѣть будущее, предвидѣть пользу или вредъ того или другого распоряженія для будущаго страны; благодаря этимъ качествамъ, она одерживала верхъ надъ своими совѣтниками и пріобрѣла ихъ преданность и поклоненіе.

Въ извѣстные періоды жизни наступаютъ фізіологическія измѣненія всего организма, нерѣдко сопровождаемыя явными расстройствами здоровья и усилен-

нымъ развитіемъ умственныхъ способностей. Наиболѣе значительная изъ такихъ эпохъ занимаетъ десятилѣтіе отъ семнадцати до двадцати семи лѣтъ. Періодъ юности прожитъ, наступаетъ періодъ зрѣлости, полного развитія физическаго роста и силы. Съ прекращеніемъ физическаго развитія нерѣдко совпадаетъ измѣненіе характера и направленія ума. Наслѣдственное вліяніе родителей или предковъ, какъ бы дремавшее въ предъидущіе періоды жизни человѣка, постепенно проявляется и развивается. Это до нѣкоторой степени имѣло мѣсто у королевы Христины; съ двадцать перваго или двадцать втораго года она явно стала обнаруживать черты и свойства, бывшія столь явными въ ея матери. Она стала капризной, измѣнчивой и пустой, полюбила мелкія интриги и связи съ придворными фаворитами, которыхъ она одаривала царскими подарками, какъ въ видѣ большихъ денежныхъ суммъ, такъ и въ видѣ драгоценностей. Она стала питать вкусы и стремленія, бывшія значительно болѣе свойственными ея матери, нежели отцу. Она не потеряла прежнихъ своихъ качествъ и чертъ, но они какъ бы подчинились и поглотились новыми свойствами, не проявлявшимися до наступленія вышеуказаннаго возраста. Я склоненъ думать, что наслѣдственное вліяніе слѣдуетъ сильно брать въ соображеніе, пытаюсь объяснить измѣненіе характера королевы.

Но этого недостаточно, тутъ играло роль не одно это вліяніе. Каждое человѣческое существо значительно подчиняется вліянію обстановки. Возможны исключенія,—случается, что, благодаря прекрасной наслѣдственности, цѣлому ряду выдающихся предковъ, блестящему уму прабабу или прекрасной души прабабушки, — отпрыскъ ихъ побѣждаетъ силу неблагоприятныхъ условій обстановки, преодолеваетъ окружающее его невѣжество и нищету и является блестящимъ исключеніемъ. И такъ, въ изучаемомъ нами вопросѣ большую роль играетъ воспитаніе, то есть совокупность вліяній, которымъ подвергалась данная личность, въ особенности въ ранніе періоды его жизни. Съ дѣтства Христина привыкла считать себя наиболѣе выдающимся ребенкомъ, а, быть можетъ, и человѣкомъ Швеціи. Съ момента возникновенія въ ней сознанія

и пониманія, ее приучали къ мысли, что она королева великой націи и весь смыслъ ея дѣтства состоялъ въ приготовленіи и ожиданіи момента осуществленія этой надежды. Капризамъ ея потакали, ей позволено было приобрѣтать познанія и развивать свой умъ совершенно по ея усмотрѣнію. Она была вполне удалена отъ лицъ женскаго пола, или, вѣрнѣе сказать, сама удалилась отъ нихъ. Такъ какъ она проявляла необычайныя умственныя способности, ей было позволено дѣлать все, что ей угодно, увлекаться до злоупотребленія науками и вообще предметами изученія ей же выбранными; предметы эти могли быть весьма подходящими для ея ученыхъ старыхъ преподавателей и совѣтниковъ, но они безусловно были весьма неполезны для маленькаго ребенка, не достигшаго еще и десяти-лѣтняго возраста. Всѣ черты характера, служащія украшеніемъ женщинъ всѣхъ возрастовъ и во всякой жизненной обстановкѣ, были заглушены въ Христинѣ, неразвитыя и незамѣченныя, какъ если бы они и не существовали.

Подъ вліяніемъ своего блестящаго ума, Христина посвящала всѣ свои силы только приобрѣтенію познаній, міръ же, дремавшій въ ее дѣтской душѣ, былъ задушенъ и погребенъ. Никакой свѣтлый ангелъ не влекъ ее въ міръ привязанностей, тишины и кротости, столь необходимой дѣтямъ. Напротивъ, умъ и сердце всегда были заняты величіемъ и торжественностью власти и придворной обстановки; только къ власти стремилась душа, только ради власти стремилась она вооружиться познаніями и умомъ. Въ исторіи дѣтства Христины нѣтъ ни одного указанія о какомъ-либо ребенкѣ, другѣ, любимомъ ею и любящимъ ее. Пестрый, радужный дѣтскій міръ, съ любовью и смѣхомъ, играми и шалостями, сверстниками и любимыми подругами—остался неизвѣстнымъ Христинѣ. Со дня смерти отца къ ней относились такъ, какъ будто престолъ уже ждалъ ея и корона была готова вѣнчать ея голову. Значеніе этихъ нѣсколькихъ словъ: «она училась болѣе двѣнадцати часовъ въ сутки, не достигнувъ десяти-лѣтняго возраста», крайне грустное, при современномъ взглядѣ на воспитаніе. Какъ неправильно и неумно было хвалить ее и восхищаться ея успѣхами въ наукахъ, что побуждало ее къ еще большому усердію! Принявъ на

себя всѣ обязательства правительницы, Христинѣ удалось водворить миръ въ своихъ раззоряемыхъ смутами владѣніяхъ, но усилія ея улучшить финансы страны, дать благосостояніе своимъ подданнымъ—остались тщетными. Въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ она работала дни и ночи надъ разрѣшеніемъ этой трудной задачи, которую разрѣшить не удалось ни Оксенстьерну, ни другимъ членамъ совѣта. Между всѣми видами умственного труда, говорящими въ пользу сильнаго и выносливаго мозга, наиболѣе доказательнымъ будетъ выдержка и продолжительность занятій такимъ тяжелымъ предметомъ, какъ финансовый вопросъ цѣлой страны.

Видя тщетность своихъ усилій, не надѣясь на лучшее будущее, королева рѣшилась оставить свой постъ, отказаться отъ обязанностей, ставшихъ для нея столь тяжелыми. Неудивительно, если она затѣмъ стала односторонней, строптивой, странной, полубольной и лишенной многого, что, быть можетъ, помогло бы ей правильно смотрѣть на жизненные вопросы.

Въ этотъ періодъ своей жизни, быть можетъ, наиболѣе интересный, подъ вліяніемъ неблагоприятной наслѣдственности, плохаго здоровья и обстановки, развивающей въ ней стремленіе овладѣть величайшими благами жизни, Христина была отброшена на границу, отдѣляющую здравомысліе отъ сумашествія, но она не перешагнула за эту черту и не стала невмѣняемой. Она не теряла способности вполне понять и взвѣсить свое поведеніе и отношеніе къ окружающимъ, а также могла измѣнять и то, и другое, сообразно извѣстной, намѣченной ею, цѣли. Это доказывается дальнѣйшими годами ея жизни. Въ общемъ она прожила болѣе двадцати лѣтъ въ Римѣ и, хотя ссорилась съ Папой, отвергала его авторитетъ и имѣла фаворитовъ, тѣмъ не менѣе, она много занималась литературой, постоянно поддерживала переписку съ наиболѣе выдающимися учеными того времени, какъ Leibnitz и Descartes.

Она стала пустой и не нравственной, но сохранила умъ и энергію. Она собрала коллекцію рѣдкихъ книгъ и художественныхъ произведеній и основала Acadian Academy. Девятьсотъ наиболѣе драгоценныхъ рукописей этой коллекціи находятся въ Ватиканѣ, ея лучшія кар-

тины находятся во всѣхъ галереяхъ Европы, нѣкоторыя изъ нихъ приобрѣтены правительствомъ Франціи.

Христина умерла шестидесяти трехъ лѣтъ и завѣщала свое большое состояніе кардиналу Azzolina. Собственныя сочиненія королевы Христины были обширны и, по смерти ея, были напечатаны въ четырехъ томахъ. Станнымъ и удивительно не соотвѣтствующимъ ея бурной жизни является выраженное ею желаніе, чтобы надгробный памятникъ на ея могилѣ носилъ только надпись: *Vixit Christina annos sexaginta tres*. Она была погребена въ соборѣ св. Петра. Біографъ ея говоритъ, что «она имѣла душу пылкую, не укрощенную годами борьбы и стремленій къ крайнему и великому, но, въ концѣ концовъ, побѣжденную».

---



## Наслѣдственный психозъ.

(Автоматизмъ, самообвиненіе).

Я. В. Гирсонъ.

Старшая дочь вдовы коллежскаго совѣтника Людмила В. Л. <sup>1)</sup> дѣвушка лѣтъ 18-ти, въ дѣтствѣ особенными болѣзнями не страдавшая, однажды получила ушибъ въ голову, который, впрочемъ, непосредственныхъ какихъ-либо серьезныхъ послѣдствій не имѣлъ. Воспитывалась въ В...омъ институтѣ, но, неокончивъ курса, вышла изъ него по желанію родителей, переселившихся въ Петербургъ. Вскорѣ послѣ этого, отецъ ея началъ серьезно хворать, вслѣдствіе чего, а равно вообще нежеланія В...ой учиться, дальнѣйшее ея воспитаніе приостановилось. Въ молодости отецъ сильно кутилъ и, въ теченіе послѣднихъ 6—7 лѣтъ своей жизни, проявлялъ крайне раздражительный характеръ и приступы галлюцинацій чувствъ въ такой интенсивной формѣ, что, во избѣжаніе несчастія, приходилось удалять отъ него дѣтей,—кто-то изъ его родственниковъ страдалъ уопомѣшательствомъ. Сынъ отъ перваго брака, т. е. единокровный братъ Людмилы, Иванъ В...въ исключенъ былъ изъ 4-го класса гимназіи за малоуспѣшность и различныя продѣлки. Впослѣдствіи онъ заболѣлъ юношескимъ уопомѣшательствомъ, а въ настоящее время призрѣвается въ одной изъ столичныхъ больницъ для душевно-больныхъ. Другой братъ Людмилы, мальчикъ лѣтъ 15-ти, учится плохо и за дурное поведеніе начальство гимназіи грозитъ исключеніемъ. Двѣ малолѣтнія сестры здоровы. Мать-нервная и вообще болѣзненная женщина. О другихъ родственникахъ свѣдѣній нѣтъ.—Сначала за Людмилой В...ой ничего особен-

<sup>1)</sup> Цитируемъ изъ анамнеза только то, что удостовѣрено свѣдѣтельными показаніями и что по характеру обстоятельствъ дѣла представляется вѣроятнымъ.

наго не замѣчалось, но въ послѣднее время, начиная съ періода полового развитія, съ нею что-то дѣлалось и она до неузнаваемости переижилась въ характерѣ.

Скромная, послушная и привязанная къ матери дѣвочка, превратилась въ строптивую, грубую, нервную и расточительную дѣвушку, которая къ матери стала относиться недружелюбно и безсердечно. Въ отсутствіе послѣдней она, самовольно, закладывала и продавала ея вещи; безъ всякой надобности часто выходила изъ дома, любила наряды и вмѣстѣ съ тѣмъ не берегла новыхъ и хорошихъ платьевъ, начала пудрить себѣ лице и красить брови; заводила знакомства съ лицами, по соціальному положенію ниже ея стоящими, а равныхъ себѣ чуждалась; на улицѣ кокетничала со встрѣчными мужчинами; удалялась отъ полезныхъ занятій, не заботилась о дополненіи прерваннаго образованія и, какъ уже сказано, не жалѣла больной матери-старухи, живущей съ дѣтми маленькой пенсіей въ размѣрѣ 30-ти рублей въ мѣсяцъ.

Въ мартѣ мѣсяцѣ 1888 года Людмила В...а стала бывать на квартирѣ у одного молодого человѣка, Григорія В...аго, служившаго въ хорѣ пѣвчихъ Александроневской Лавры. Выдавая себя за богатую дѣвушку и дочь генерала, она, вскорѣ послѣ этого, вступила съ нимъ въ интимныя отношенія. Съ этихъ же поръ она стала смотрѣть на него какъ на своего жениха, съ которымъ рассчитывала вступить въ законный бракъ. Но, въ виду его молодости и крайней бѣдности, надеждѣ этой не суждено было осуществиться. Тѣмъ не менѣе Григорій В...ій, по настойчивому требованію Людмилы, въ августѣ мѣсяцѣ того-же года, познакомился съ ея семьею, которую онъ нѣсколько разъ навѣщалъ, и при этомъ, иногда, заходила рѣчь о предстоящей свадьбѣ. Въ разговорахъ со своимъ возлюбленнымъ В...а, однажды, между прочимъ, ему созналась въ томъ, что она еще до ея знакомства съ нимъ была лишена невинности какимъ-то офицеромъ. Въ началѣ ноября регулы въ срокъ не показались и, въ виду этого, В...а начала думать, что она находится въ интересномъ положеніи. Первые регулы появились на 15-мъ году ея жизни и до послѣдняго времени всегда возвращались въ правильные сроки. Спустя нѣкоторое время,

Григорій В...ій, бросивъ службу, внезапно куда-то уѣхалъ. Передъ своимъ отѣздомъ онъ, однако, отправилъ къ ней записку, въ которой увѣдомилъ её, что ѣдетъ въ Москву. Пораженная этимъ неожиданнымъ извѣстіемъ, В...а, долго не думая, порѣшила ѣхать за нимъ, хотя у нея не было денегъ на проѣздъ и она даже не знала его адреса. Матери своей она говорила, что отправляется въ Москву для приисканія себѣ мѣста. Въ Москвѣ же она, узнавъ въ Донскомъ монастырѣ адресъ Григорія В...аго, себѣ никакого мѣста не искала, а не медля оттуда поѣхала за нимъ дальше въ городъ Б...е, гдѣ онъ гостилъ у своихъ родителей. Отецъ его, человѣкъ очень бѣдный, занимаетъ въ этомъ городѣ должность псаломщика. По пріѣздѣ въ Б...е, В...а выдавала себя за модистку, пріѣхавшую для того, чтобы открыть швейную мастерскую, но вмѣстѣ съ тѣмъ рассказывала всѣмъ, что Григорій В...ій—ея женихъ и скоро у нихъ устроится свадьба. — Изъ этого города она матери своей отправила письмо съ просьбою выслать ей 75 рублей. — Родители Григорія В...аго, узнавъ въ чемъ дѣло, и слышать не хотѣли о проектируемой свадьбѣ сына, который въ душѣ вполне имъ сочувствовалъ; не даромъ же онъ внезапно уѣхалъ изъ Петербурга, очевидно, желая избавиться отъ нея. Такимъ образомъ вся эта исторія кончилась тѣмъ, что родители Григорія В...аго, собравъ кое-какъ нѣсколько рублей, выпроводили В...у изъ города въ путь-дорогу. Уѣзжая оттуда, В...а почему-то оставила тамъ часть своихъ вещей, которыя впоследствии высланы были въ г. Курскъ, куда она отправилась для приисканія себѣ мѣста. Домой она ни за что не хотѣла ѣхать, стыдясь передъ родными и знакомыми по поводу своей беременности. — Дорогою въ Курскъ она всѣмъ пассажирамъ жаловалась на свою горькую судьбу, описывая свое бѣдственное положеніе въ такомъ мрачномъ видѣ, что всѣ её пожалѣли и одинъ изъ пассажировъ, офицеръ Е..., по пріѣздѣ въ городъ, на своемъ извозникѣ отвезъ её въ дешевую гостиницу С...а.

Въ Курскѣ Людмила В...а ходила изъ дома въ домъ, ища мѣста бонны или горничной. Какъ въ домахъ, такъ и на улицѣ, она всѣмъ и каждому, кто только хотѣлъ её слушать, рассказывала о своихъ сердечныхъ

дѣлахъ и о своемъ безвыходномъ положеніи, что соби-  
ралась выйти замужъ, что по недостатку денегъ ея  
свадьба разстроилась, что пріѣхала въ чужой городъ,  
не имѣя здѣсь ни знакомыхъ, ни денегъ и т. д. Впо-  
слѣдствіи оказалось, что всѣ эти рассказы, при встрѣ-  
чѣ новаго лица, варіировали до безконечности. Послѣ  
долгихъ усилій и исканій, наконецъ, ей удалось зару-  
читься рекомендательнымъ письмомъ къ нѣкоторой  
Аннѣ Ш...ой.

Поступивши къ послѣдней въ качествѣ бонны, Люд-  
мила В...а начала съ того, что рассказала разные не-  
былицы, хвасталась, что она окончила полный курсъ  
ученія въ институтѣ и имѣетъ дипломъ, что въ г. Б...ѣ  
у нея домъ и полное хозяйство и т. д. Между тѣмъ  
одежда ея свидѣтельствовала о крайней бѣдности, до-  
ходившей до того, что на В...ой даже не было рубаш-  
ки. Все это, уже на первыхъ порахъ, показалось весьма  
страннымъ. Вскорѣ послѣ этого Людмила В...а сочи-  
нила цѣлую эпопею, содержаніе которой мы увидимъ  
ниже, когда зайдетъ рѣчь объ обстоятельствахъ уголов-  
наго дѣла, возникшаго, по поводу подозрѣнія ея въ  
покушеніи на отравленіе малолѣтней дѣвушки Маріи  
Ш...ой. Дѣвочкѣ этой пошелъ 6-й годъ.

При производствѣ предварительнаго слѣдствія воз-  
бужденъ былъ вопросъ о состояніи умственныхъ спо-  
собностей Людмилы В...ой, для рѣшенія котораго она,  
20 января сего года, была представлена въ больницу  
на испытаніе.

Status praesens: Людмила В...а тѣлосложенія удовле-  
творительнаго, роста средняго, лѣтъ 18—, подкожный  
слой жира развитъ достаточно, мѣстами, какъ напр.  
въ области живота, даже чрезмѣрно. Форма черепа  
брахицефалическаго типа, затылочная часть показы-  
ваетъ вмѣсто выпуклости замѣтную покатость. За исклю-  
ченіемъ означенной неправильности, въ конфигураціи  
другихъ частей черепа не замѣчается никакихъ уродли-  
востей. Размѣры головы: наибольшая окружность 49  
см., поперечный діаметръ 15,5 см.; продольный 15  
см. Слѣдовъ ушибовъ не замѣчается. Свѣто—и цвѣто-  
ощущеніе, подвижность глазъ, реакція зрачковъ на  
свѣтъ и на аккомодацию безъ ненормальностей. Ни сла-  
бости зрѣнія, ни суженія поля зрѣнія не удалось кон-

статировать. Слухъ нормаленъ, вкусовые раздражители производятъ правильную реакцію, обоняніе безъ отклоненій отъ нормы. Сережки ушныхъ раковинъ развиты недостаточно, зубы плохіе, каріозные. Грубое изслѣдованіе кожной чувствительности дало слѣдующіе результаты: чувство мѣста, прикосновенія и боли на лѣвой сторонѣ тѣла, во многихъ мѣстахъ, болѣе рѣзко выражено, чѣмъ на правой. Когда напр. палочкой чертятъ буквы по кожѣ лѣвой стороны тѣла, то больная точно и быстро угадываетъ это очертаніе, тогда какъ на симметричныхъ мѣстахъ правой стороны оно не такъ легко угадывается и больная тутъ сильно путается и т. д. — Чувство температуры на обѣихъ половинахъ тѣла одинаково. Чувствительность къ фарадическому току также показываетъ вышеозначенную аномалію. Сухожильные рефлексy средней силы. Грудные органы здоровы. Пищевареніе нормально, отправленіе кишечника правильно. Мочевые органы функціонируютъ правильно. Больная увѣряетъ, что она беременна на 3-мъ мѣсяцѣ. Послѣдній разъ менструаціи были въ началѣ ноября мѣсяца истекшаго года. Какихъ либо физико моторныхъ нарушеній незамѣтно. Дыханіе 18, пульсъ 76, аппетитъ хорошъ, сонъ въ порядкѣ.

Во время пребыванія въ больницѣ, Людмила В...а вела себя тихо и послушно, не давая повода къ какому-бы то ни было неудовольствіямъ, нерѣдко встрѣчаемымъ въ спеціальныхъ заведеніяхъ, въ которыхъ, по недостатку мѣста, призрѣвается большое количество душевно-больныхъ, по образованію и положенію принадлежащихъ къ различнымъ категоріямъ общества. Она всегда выказывала одинаковый тонусъ самочувствія, ровное, спокойное, даже самодовольное настроеніе. Ни раздражительности характера, ни капризовъ въ ней не замѣчалось. На предлагаемые вопросы, касающіеся обыденной жизни и доступные ея пониманію, она отвѣчала правильно. Вообще, въ рѣчи ея не было замѣтно какихъ-либо крупныхъ промаховъ противъ логики, она говорила связно и, повидимому, судила и заключала правильно. О своемъ дѣлѣ она охотно передавала всѣ подробности, признавая себя виновною въ покушеніи на отравленіе. По ея словамъ совершила она это преступленіе по наущенію одной женщины, съ которой,

случайно, встрѣтилась на улицѣ, иля наниматься къ Аннѣ Ш...ой, за что она должна была получить 50 р. Квартиры и фамиліи этой женщины она не знаетъ, но для полученія обѣщанныхъ денегъ назначены были свиданія въ церкви мужскаго монастыря и въ домѣ С...аго у гадальщика, удачно предсказывающаго будущее. Женщина эта уговаривала её поступить въ публичный домъ; но на это В...а не соглашалась. Бѣствуя съ нами В...а, между прочимъ, высказала слѣдующее: въ Бога она крѣпко вѣруетъ, каждый день крѣпко, усердно молится, жалѣетъ, что теперь лишена возможности ходить въ церковь, сознавая, что она сдѣлала зло, чувствуетъ сильное угрызеніе совѣсти и глубокое раскаяніе; жалѣетъ потерпѣвшаго ребенка и очень хорошо понимаетъ, какая участь её ожидаетъ за совершенное злодѣяніе.

Однако, дальнѣйшее наблюденіе за поведеніемъ В...ой показало, что ея интеллектуальная способность вовсе не такъ интактна, какъ это показалось съ перваго взгляда. Кромѣ того замѣчалось, что высказываемыя ею нравственно-религіозныя чувства, на дѣлѣ оказываются болѣе чѣмъ сомнительными. По расположенію ея духа и по кокетливымъ пріемамъ ея манеръ невозможно было допустить, что она кается. Она всегда имѣла видъ, что нисколько не тяготится своимъ положеніемъ и той участью, которая её ожидаетъ. Вопреки ея словамъ, удовлетворенія ея религіозныхъ потребностей, какими либо внѣшними пріемами не обнаруживалось. Указанія ея на этическія понятія, кроющіяся въ ея душѣ, также фактически не оправдывались. О потерпѣвшемъ ребенкѣ она ни разу не спросила и, наконецъ, признаніе своей виновности, повидимому, нисколько не нарушило спокойствія ея сна.

Вдобавокъ еще выяснилось, что ея голова занята была мыслями, далеко не похожими на тѣ, которыя высказывались. Такъ напр. она желала, чтобъ на неё обращено было всеобщее вниманіе, преимущественно со стороны врачей; она бывала недовольна тѣмъ, что, врачъ, во время визитаціи, её иногда обходитъ, хотя она ни на что не жаловалась, а на относящіяся до ея здоровья вопросы неоднократно заявляла, что она совершенно здорова. Помимо вышеупомянутой аномаліи

кожной чувствительности, это, т. е. желаніе, быть предметомъ всеобщаго вниманія, — единственная черта, которая, по нашему мнѣнію, напоминаетъ собою истеричный характеръ; другихъ какихъ либо истеричныхъ явленій не замѣчалось. Каждый вечеръ, передъ тѣмъ, чтобы ложиться спать, она, самымъ тщательнымъ образомъ, завивала себѣ волосы множествомъ папильотокъ, и нерѣдко высказывала пожеланіе красить себѣ брови въ черный цвѣтъ.

Хотя она иногда жаловалась на скуку и требовала работы, но дѣйствительной потребности въ полезныхъ занятіяхъ не чувствовала, а если, бывало, берется за работу, то на долго не хватало терпѣнія; работы исполнялись небрежно и безтолково. Попросивъ сразу двѣ книжки журнала «Вѣстника Европы», она ихъ на другой же день возвратила, говоря, что все прочитала, но когда рѣчь зашла о содержаніи прочитаннаго, то оказалось, что она ихъ вовсе не читала, а дѣлала только видъ, что читаетъ. При вышиваніи по канвѣ, она пропускала клѣтки и не придерживалась даннаго узора. Вообще было обнаружено, что все, что она дѣлаетъ и говоритъ, происходитъ какъ бы машинально, безъ всякаго съ ея стороны вниманія. Она двигалась, работала, разговаривала и совершала многія другія, отчасти, цѣлесообразныя движенія, точно сонная, безъ должнаго разумѣнія и яснаго сознанія. Вообще соображала плохо и забывала много. Ея рассказы о своемъ житіѣ-бытіѣ и объ обстоятельствахъ дѣла въ деталяхъ съ каждымъ днемъ до того видоизмѣнялись, что невозможно было разобраться въ этомъ хаосѣ многочисленныхъ варіацій и различныхъ версій. Нужно замѣтить, что, судя по характеру этой сбивчивости и противорѣчивости, нельзя было сказать, что она при этомъ преслѣдуетъ какую-нибудь болѣе или менѣе разумную цѣль.

Такъ, напримѣръ, рассказывала она, что, выѣзжая изъ Петербурга, имѣла при себѣ, то 4, то 7 рублей. Въ Москвѣ, то искала мѣсто, то такого себѣ не пріискивала; даровой билетъ на проѣздъ въ г. В...е, то получила отъ московскаго губернатора, то отъ какого-то незнакомца, живущаго на Тверской улицѣ;

въ Москву уѣхала, то противъ желанія матери, то съ ея согласія и т. д.

Показанія ея относительно беременности также не подтвердились; 16 февраля сего года у нея появились регулы, которые имѣли правильное теченіе и продолжались безъ всякой боли дня 3—4. При изслѣдованіи оказалось, что она не беременна.

Бесѣдуя съ прислугою и фельдшерицею, она восторженно распространялась о томъ, какъ въ Петербургѣ, бывало, на улицѣ за нею слѣдитъ цѣлый хвостъ незнакомыхъ мужчинъ, дѣлавшихъ ей неприличныя предложенія, на которыя она не соглашалась.

Нѣсколько дней послѣ появленія регулъ, въ состояніи В...ой можно было замѣтить явную перемену къ лучшему. Она болѣе сознательно стала относиться къ своему положенію, перестала завивать волосы и сдѣлалась болѣе воздержанной въ разговорахъ о своихъ сомнительныхъ побѣдахъ, которыя она одерживала на улицѣ надъ незнакомыми мужчинами, она перестала говорить, сдѣлалась серьезнѣе и работала исправнѣе. Прежняя ея лживость выступала менѣе рѣзко, хотя еще проявлялась, но въ условной формѣ. Она, на примѣръ, стала выражаться такъ: «Это, кажется, было вотъ какъ, впрочемъ хорошенько не помню, быть можетъ, что я прежде наврала, показавъ иначе»; но при всемъ томъ, она не проявляла ни малѣйшаго желанія заниматься полезнымъ дѣломъ. Въ одинъ прекрасный день она заявила, что къ дѣлу о покушеніи на отравленіе вовсе непричастна, никакихъ капель она не имѣла и не дала. Отрицая такимъ образомъ прежде сказанное, она и до сихъ поръ остается при этомъ показаніи, говоря, что признала себя виновною вслѣдствіе того, что испугалась полиціи, которую въ жизнь свою увидѣла въ первый разъ. Время отъ времени, она жаловалась, что иногда на нее что-то находитъ и тогда она рѣшительно не знаетъ, что дѣлаетъ и говоритъ.

Обстоятельства дѣла (Species faeti).

8 января 1889 г, проживающая въ г. Курскѣ вдова коллежскаго регистратора Анна Ш...е заявила полиціи о покушеніи на отравленіе ея малолѣтней дочери Маріи Ш...ой.



Предварительнымъ слѣдствіемъ по этому дѣлу установлено: съ половины декабря 1888 г. дѣвочка Марія Ш...а захворала горловою болѣзнію, отъ которой лечилъ ее врачъ Ю...въ,—больная дѣвочка была отдѣлена отъ брата и для дезинфекціи комнатнаго воздуха употреблялись карболовая кислота и скипидаръ. Марія Ш...а находилась въ періодѣ выздоровленія, когда 23 декабря къ ней была приставлена новая бонна, Людмила В...а. Не смотря на улучшеніе здоровья Маріи Ш...ой, 28 декабря у послѣдней были замѣчены судорожныя движенія въ нижнихъ конечностяхъ, а въ ночь на 3 января 1889 г., у ней, при сильномъ нервномъ возбужденіи, обнаружались приступы безъотчетнаго страха съ галюцинаціями зрѣнія и слуха. Проснувшись, дѣвочка начала кричать и вкругъ себя что-то искать. Эти приступы, исчезая въ теченіи дня, повторялись и въ слѣдующія ночи.

Уже въ первую ночь по поступленіи В...ой въ домъ Ш...ой, послѣдняя замѣтила въ комнатѣ больной дочери какой-то сильный, рѣзкій, невыносимый и удушливый запахъ, такъ что она думала, что новая бонна во снѣ дѣлаетъ подъ себя. На другой день Анна Ш...а, увидѣла на тюфякѣ В...ой крупное пятно, издававшее упомянутый запахъ. На спросъ ея, В...а объяснила, что пятно произошло отъ случайно пролитаго полосканія, которое она употребляетъ, а что касается до запаха, то онъ, вѣроятно, набрался въ номерахъ, гдѣ она остановилась, такъ какъ тамъ было очень грязно, выражая, однако, при этомъ свое мнѣніе, что запахъ этотъ могъ зависѣть и отъ другихъ, человѣческихъ случайностей.

Въ ночь на 3 января, Анна Ш...а опять услышала въ комнатѣ тотъ рѣзкій запахъ и настойчиво потребовала отъ В...ой объясненія причинъ, какъ появленія пятна на тюфякѣ, такъ и внезапной болѣзни дочери, но В...а дала разныя объясненія и этимъ все кончилось.

Однако, принимая во вниманіе, что В...а рассказывала въ домѣ разныя небылицы и постоянно себѣ противорѣчила, часто отрицая прежде сказанное, Анна Ш...а стала относиться къ В...ой недовѣрчиво и вслѣдствіе этого 4 января разсчитала ее.

Лишившись такимъ образомъ мѣста, В...а пошла искать другаго мѣста, узнавъ, что купецъ К...въ ищетъ горничную, она отправилась туда, но мѣста тамъ не оказалось. Живущая въ этомъ домѣ женщина, услышавъ разсказъ В...ой о ея бѣдственномъ и безвыходномъ положеніи, указала ей на адресъ маклерши П...ой, которая доставляетъ мѣста и на время, за недорогую цѣну, отдаетъ комнату. На поданой ей въ этомъ домѣ бумажкѣ В...а, тамъ же написанъ карандашемъ слѣдующій адресъ: Аннѣ Васильевнѣ П...ой Впослѣдствіи, на этой же бумажкѣ, также писанное карандашемъ, стояло слово «Орѣхова», которое имѣло для В...ой роковое значеніе, такъ какъ Анна Ш... находится во враждебныхъ отношеніяхъ къ нѣкоторой Орѣховой. Въ виду этого возникло сомнѣніе не Орѣхова-ли склонила В...у на преступленіе и не ей ли нужна была смерть малолѣтней дѣвочки Маріи Ш...ой.

Вызванные по этому поводу эксперты отказались дать категорическое заключеніе о томъ, кѣмъ собственно было написано слово «Орѣхова». Такимъ образомъ обстоятельство это такъ и осталось невыясненнымъ. Пришедши къ маклершѣ П...ой, Людмила В...а попросила ее достать ей какое-нибудь мѣсто и на время отдать ей комнату. При этомъ она разсказывала, что только что схоронила свою мать, дорогою ее обокрали, пріѣхала въ городъ безъ копѣйки денегъ, наканунѣ цѣлый день ничего не ѣла, на ночь принуждена была искать ночлегъ въ бочкѣ на какомъ-то дворѣ и вообще говорила такія ужасныя вещи, что П...а, отнесясь къ ней недовѣрчиво, неохотно отдала ей комнату, а по истеченіи двухъ дней, даже отказала ей въ квартирѣ, не требуя платы. Уходя оттуда, В...а почему-то оставила тамъ свой узелокъ съ вещами. Въ этомъ узелкѣ оказалось слѣдующее: кофточка, юбка, гребешокъ, бѣлила и жестянка, накопченная на свѣчѣ для крашенія бровей. Продолжая искать мѣсто, В...а, по совѣту какой-то дамы, съ которой она встрѣтилась на улицѣ, отправилась къ супругу директора классической гимназій и отчаянно умоляла ее, доставить ей возможность ѣхать домой въ Петербургъ. Барыня эта, уз-

навѣ горестное положеніе В...ой, приняла въ ней горячее участіе, обѣщала достать денегъ и даровой билетъ на проѣздъ и на ночь съ 7 на 8 января оставила ее у себя, утѣшая и успокаивая ее тѣмъ, что на другой день она въ состояніи будетъ ѣхать домой. Изъ квартиры директора гимназіи, В...а въ тотъ же день, т. е. 7 января отправилась въ женскій монастырь къ игуменѣ, просить ее разрѣшенія поступить въ монахини, но, по случаю болѣзни, игуменья никого не принимала. Получивъ на другой день все, что было нужно для того, чтобы ѣхать домой, В...а утромъ, передъ своимъ отѣздомъ, сходила на почту узнать, нѣтъ-ли на ея имя посылки и денегъ, такъ какъ она мать свою просила выслать ей 100 рублей и швейную машину. Но тамъ, разумѣется, ни того, ни другаго не оказалось и она съ почты пошла къ Аннѣ Ш...ой спросить, нѣтъ-ли письма отъ ея жениха, но тамъ она была задержана полиціею по подозрѣнію въ покушеніи на отравленіе. Какъ обыкновенно, и на этотъ разъ, В...а, еще до прихода полицейскаго чиновника, крайне путалась въ своихъ разсказахъ и этимъ, конечно, еще болѣе навлекала на себя подозрѣніе.

При полицейскомъ дознаніи она дала слѣдующее показаніе: пріѣхала она въ Курскъ 20 или 21 декабря изъ Г. Б. и Я., куда ѣздила на похороны матери. Постоянное мѣстожителство имѣетъ въ Петербургѣ у бабушки это ея мать, Б...ѣ жила въ домѣ священника В...аго (въ дѣйствительности псаломщика), сынъ котораго гвардейскій офицеръ Измайловскаго полка (въ дѣйствительности пѣвчій) — ея женихъ. Послѣдній долженъ прибыть въ Курскъ, чтобы вмѣстѣ съ нею ѣхать въ Петербургъ. Получивъ свѣдѣніе о томъ, что у Анны Ш...ой требуется бонна, она, отыскивая ея адресъ, 22 декабря встрѣтилась на Херсонской улицѣ съ какой-то женщиной, одѣтой въ черную ротонду съ желтоватымъ воротникомъ. Этой женщинѣ она разсказывала, что собиралась выйти замужъ, но, за неимѣніемъ денегъ, свадьба отложена, что она въ настоящее время находится въ крайней нуждѣ и ищетъ какого-нибудь мѣста. Женщина эта отозвалась неодобрительно объ Аннѣ Ш...ой,

какъ относительно ея нравственнаго поведенія, такъ и жестокаго обращенія съ прислугою. Она уговаривала ее лучше поступить въ публичный домъ, но В...а на это не соглашалась. Женщина эта, желая отомстить Аннѣ Ш...ой, подговаривала ее отравить ея малолѣтнюю дочь Марію; она говорила, что Анна Ш...а очень любитъ свою дочь, потери послѣдней не перенесетъ и сама умретъ, а если нѣтъ, то нужно отравить и мать, т. е. Анну Ш...у. За точное исполненіе этого порученія обѣщано дать ей 50 рублей на приданое. Согласившись на это, В...а взяла отъ нея пузырекъ съ ядовитыми каплями, которыя имѣли невыносимо удушливый запахъ. Ей велѣно было давать капель по больше. По поступленіи въ домъ Анны Ш...ой, она въ ночь на 24 декабря нечаянно разлила часть означенныхъ капель на свою постель, отъ чего въ комнатѣ послышался сильный запахъ, который тогда же былъ замѣченъ хозяйкою. Въ ночь на 3 января, выбравъ время, когда Анна Ш...а вышла изъ комнаты, и уславъ горничную за хлѣбомъ, она рѣшилась отравить дѣвочку Марію Ш...у, для чего взяла стаканъ воды, въ который отъ душевнаго волненія могла влить только двѣ капли. Этотъ стаканъ она поднесла дѣвочкѣ, которая выпила три глотка. Послѣ этого В...а всѣ оставшіеся капли вылила въ отхожее мѣсто, куда и бросила самый пузырекъ. Затѣмъ она удостовѣрила, что между нею и этой злополучной женщиной назначены были свиданія, между прочимъ, на 8 число въ 10 часовъ вечера въ домъ С...аго у гадальщика, предсказывающаго будущее.

Пузырька этого нигдѣ не оказалось, не смотря на то, что обыскъ былъ произведенъ самымъ тщательнымъ образомъ.

Весьма характерно показаніе горничной Анны Ш...ой, присутствовавшей при полицейскомъ дознаніи, а именно Вѣры К...ой. Она удостовѣряетъ, что В...а давала такіе сбивчивые и уклончивые отвѣты, что даже трудно передать и помнить все то, что она говорила,—то же самое подтверждаетъ другой свидѣтель, Федоръ В...ъ, который нашелъ, что В...а, или не хочетъ сказать правды, или напрасно на себя наговариваетъ.

На допросѣ у судебного слѣдователя В...а, также признавъ себя виновною, однако, во многомъ измѣнила свое прежнее показаніе. Она удостовѣрила, что въ ночь на 24 декабря сама хотѣла отравиться, такъ какъ ея женихъ, сынъ псаломщика, Григорій В...ій къ ней охладѣлъ и она вынуждена была его оставить и пріѣхать въ Курскъ для пріисканія себѣ мѣста. Лишившись дѣвства и находясь въ беременномъ состояніи, она впала въ отчаяніе.

Въ ночь на 3-е января она находилась въ полусознательномъ состояніи и не знала, что съ нею происходило, точно она «помутилась». Она почти машинально взяла стаканъ съ водою и влила только двѣ капли, потому что жалѣла ребенка и думала, что двѣ капли никакого вреда не сдѣлаютъ. Противъ Маріи и Анны Ш...ыхъ она рѣшительно ничего не имѣла и не имѣетъ. Къ этому она еще добавила, что это показаніе справедливо, а то, что говорила при полицейскомъ дознаніи, не вѣрно, такъ какъ она была разстроена и не знала что дѣлаетъ. Такое состояніе у нея стало показываться послѣ разлуки съ женихомъ, который теперь не хочетъ ее знать, но вмѣстѣ съ тѣмъ она высказала мнѣніе, что онъ не желаетъ отказать отъ нея, мотивируя это тѣмъ, что онъ имѣетъ ея фотографическую карточку!

Нужно еще замѣтить, что относительно мѣста полученія ядовитыхъ капель, она себѣ постоянно противорѣчила, то привезла ихъ изъ Петербурга, то получила ихъ въ банѣ, то на Херсонской, то на Сергіевской улицѣ и т. д.

Живущіе въ домѣ С...аго у гадальщика показали, что вечеромъ 8 января дѣйствительно была у нихъ какая-то женщина, одѣтая въ черную ротонду съ рыжеватымъ воротникомъ, которая видимо, кого-то поджидала, но не дождавшись, ушла, такъ что, когда явилась полиція, то ея уже тамъ не было.

Григорій В...ій показалъ, что половыя отношенія у него начались съ Людмилою В...ою съ марта мѣсяца прошлаго года; предположенія о бракѣ разстроились въ декабрѣ, когда она внезапно вынуждена была уѣхать отъ него изъ г. Б...да. В...а на него всегда производила впечатлѣніе странной и эксцентричной

дѣвушки, часто или вовсе не отвѣчала, или отвѣчала не въ попадѣ и нерѣдко высказывала намѣреніе лишить себя жизни. То же самое показали его родители, которые еще добавили, что В...а безъ видимой причины смѣялась. Остальные свидѣтели по этому дѣлу, имѣвшіе случай видѣть В...у, объяснили, что они ничего ненормальнаго за нею не замѣчали.

По собраннымъ справкамъ оказалось, что ея единокровный братъ Иванъ В...въ съ 1 ноября 1885 года находится въ состояніи юношескаго умопомѣшательства. Отецъ ея злоупотреблялъ спиртными напитками и страдалъ галлюцинаціями. Сама Людмила В...а въ дѣтствѣ однажды была ушиблена въ голову.

Докторъ Ю...въ, лечившій Марію Ш...у отъ горловой болѣзни, далъ слѣдующій отзывъ: къ концу декабря мѣсяца прошлаго года состояніе здоровья было довольно хорошее, но въ ночь на 3 января, разомъ съ ней что-то сдѣлалось, появились галлюцинаціи слуха и зрѣнія, она сдѣлалась безпокойной, начала искать невидимыхъ предметовъ. Она по ночамъ не спала, искала чего-то въ постели и вокругъ себя, боялась лечь въ постель, кричала и т. д.; такъ что, судя по наступившимъ, неожиданнымъ, болѣзненнымъ признакамъ, можно, съ нѣкоторою вѣроятностью, предполагать, что ей могли дать какое-нибудь возбуждающее средство. Къ этимъ явленіямъ еще, по словамъ матери, прибавилось слѣдующее: больная дѣвочка, во время приступовъ, пугалась червяка, который будто бы ползаетъ по постели. Дѣвочка успокаивалась и засыпала лишь на рукахъ матери <sup>1)</sup>.

При химическомъ изслѣдованіи пятна на тюфякѣ В...ой обнаружено присутствіе ціанистаго калия. Въ

1) Эти симптомы живо напоминаютъ то болѣзненное состояніе, которое, какъ извѣстно, встрѣчается у дѣтей, истощенныхъ болѣзнями и прирожденными діатезами и которое называется Night terrors (pavor nocturnus). Если взять во вниманіе, что дѣвочка перенесла горловую болѣзнь, которая судя по принятымъ мѣрамъ (изоляция, дезинфекція), вѣроятно, имѣла заразный характеръ. что мать этой дѣвочки—женщина въ сильной степени нервная и истеричная, что, наконецъ, какъ намъ достоверно извѣстно, дѣвочка эта на первомъ году жизни, обнаруживала признаки Lue congenitae, то мы получимъ объясненіе генезиса вышеупомянутого болѣзненнаго состоянія

числѣ явленій, происходящихъ отъ отравленія этимъ сильно дѣйствующимъ ядомъ, было указано и на судороги.

Вызванные по этому поводу эксперты-врачи высказали мнѣніе, что они по ходу и картинѣ болѣзни дѣвочки Маріи Ш...ой не находятъ указаній на признаки отравленія ціанистымъ калиемъ, тѣмъ болѣе, что всѣ замѣченные врачомъ Ю...ымъ болѣзненные явленія могли произойти отъ иныхъ причинъ, какъ напримѣръ отъ малокровія, присутствія глистовъ въ кишечникѣ и т. д. Судороги же при отравленіи ціанистымъ калиемъ нужно считать предсмертнымъ явленіемъ, тогда какъ Марія Ш...а еще далека отъ смерти. Кромѣ того нужно имѣть въ виду то, что судороги появились у дѣвочки 28 декабря того года за 6 дней до предполагаемаго отравленія. Затѣмъ самое обнаруживаніе на тюфякѣ присутствія ціанистаго соединенія можно еще объяснить тѣмъ, что тюфякъ этотъ имѣетъ красныя и голубыя полосы, а извѣстно, что ціанистыя соединенія употребляются при фабричной окраскѣ матерій.

Фармацевтъ, производившій химическій анализъ, объяснилъ, что ціанистый калий, самъ по себѣ не обладаетъ запахомъ, а въ соединеніи съ воздухомъ пахнетъ горькимъ миндалемъ.

*Мнѣніе.* Хотя Людмила В...а, во время своего пребыванія въ больницѣ, не буянила, не бросалась на людей, не высказывала бредовыхъ идей, не проявляла галлюцинацій чувствъ и вообще не обнаруживала ничего такого, что, въ вульгарномъ смыслѣ слова, принято называть сумасшествіемъ, мы тѣмъ не менѣе, на основаніи наблюденія, пришли къ тому убѣжденію, что вся ея психическая жизнь на столько надломлена, что функціи послѣдней потеряли всякую опору, необходимую для сохраненія равновѣсія. Мышленіе, чувствованіе и волевые импульсы, т. е. все, что составляетъ психическую сферу, сильно пошатнулось и носитъ на себѣ отпечатокъ разбитости. Причину этого инвалиднаго состоянія, прежде всего, нужно искать въ наслѣдственности. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что Людмила В...а происходитъ изъ семьи, въ которой встрѣчаются умопомѣшательство и пьянство.

Уже одного этого достаточно, чтобы убѣдиться въ томъ, что она унаслѣдовала отъ своихъ предковъ психопатическую конституцію, при которой на первомъ планѣ стоятъ инстинкты и импульсивныя влеченія, т. е. органическія раздраженія низшихъ сферъ нервной системы, тогда какъ психическіе акты болѣе высшихъ порядковъ, т. е. функциональная энергія контролирующихъ, направляющихъ и задерживающихъ способностей отступаетъ на задній планъ. При такихъ условіяхъ, понятно, легко можетъ случаться, что въ поступкахъ выступаетъ роковой характеръ, неимѣющій ничего общаго съ проявленіями злой воли, возникающей на почвѣ сознательной порочности. Ниже увидимъ, что взглядъ этотъ вполне оправдывается обстоятельствами дѣла, которыя показываютъ, что Людмила В...а дѣйствовала машинально, инстинктивно; съ другой стороны нельзя не признать, что у субъектовъ разбираемой категоріи, на первый взглядъ, будто бы выходитъ полная аналогія между психозомъ и преступленіемъ, такъ какъ ходъ логическихъ операцій, касающихся обыденнаго круга представленій, у нихъ, обыкновенно, явственно не нарушенъ, и сверхъ того еще замѣчается извѣстная степень болѣе или менѣе рѣзко выраженной нравственной тупости. Однако, при внимательномъ изслѣдованіи конкретныхъ случаевъ, получается возможность намѣтить много явленій, характеризующихъ то или другое состояніе. Отсюда возникаетъ необходимость крайней осторожности при обсужденіи подобныхъ случаевъ *in foro criminali*. Вопросъ этотъ очень сложенъ и требуетъ отвѣта не менѣе сложнаго.

Критическій анализъ настоящаго въ психологическомъ отношеніи весьма интереснаго случая, еще затрудняется тѣмъ, что мы въ показаніяхъ обвиняемой постоянно наталкиваемся на лживость, сбивчивость и противорѣчія, недозволяющія опредѣлить границы, указывающія на то, гдѣ начинается правда и гдѣ кончается ложь и воображеніе, въ виду чего невольно приходитъ на умъ вопросъ: можно-ли вообще вѣрить ея словамъ?

Разборъ юридической стороны обвиненія, разумѣется, не входитъ въ кругъ нашей компетентности и



наша задача заключается лишь въ опредѣленіи душевнаго состоянія В...ой, какъ въ настоящее время, такъ и въ моментъ инкриминированнаго дѣянія

При оцѣнкѣ всякаго преступленія нужно отмѣтить двѣ фазы, во-первыхъ, стадію приготовленія, въ которой зрѣло обдумывается весь планъ дѣйствія и способъ выбора подходящихъ средствъ, во-вторыхъ, стадію реакціи, которую производитъ на преступника сознание своей виновности. Мы, тутъ, конечно исключаемъ преступленія, совершаемыя въ запальчивости. У случайныхъ преступниковъ, реакція эта, разумѣется, гораздо сильнѣе, чѣмъ у рецидивистовъ. Людмила В...а судится въ первый разъ и мы поэтому имѣемъ основаніе предполагать, что она, послѣ совершенія преступленія, находилась въ крайне тревожномъ состояніи. Переходимъ къ дѣлу.

Людмила В...а задумала отравить малолѣтнюю дочь Анны Ш...ой, по подговору какой-то женщины, обѣщавшей ей за это 50 рублей. Для достиженія этой цѣли, она запаслась ядовитыми каплями, издававшими рѣзкій, непріятный, удушливый и невыносимый запахъ. Въ ночь на 3 января сего года, воспользовавшись кратковременнымъ отсутствіемъ матери намѣченной жертвы и уславъ горничную за хлѣбомъ, она влила двѣ капли означеннаго яда въ стаканъ дѣвочки, Маріи Ш...ой, которая выпила три глотка. По понятіямъ В...ой она, сознавая свое злодѣяніе и отвѣтственность передъ закономъ, конечно, дѣйствовала осторожно, и цѣлесообразно, но мы полагаемъ, что глупѣе этого ничего нельзя было придумать. Насколько намъ извѣстно, въ криминальной статистикѣ еще не было примѣра, чтобы съ цѣлью отравленія употреблялись капли, такъ невыносимо бьющія въ носъ. Это не бывалое явленіе и своего рода Unicum, которое представляется невѣроятнымъ и очень страннымъ.

Далѣе, она такъ хорошо спрятала свое орудіе для совершенія преступленія, т. е. ядовитыя капли, что уже въ первую ночь по своемъ поступленіи въ домъ Ш...ой, нечаянно часть ихъ разлила на тюфякъ, на которомъ она спала. Затѣмъ, хотя В...ой велѣно было давать побольше капель, но она, сжалившись надъ ребенкомъ, дала только двѣ капли, рассчитывая, что

отъ этого особаго вреда не будетъ. Это ужъ было болѣе чѣмъ странно, тутъ даже невозможно понягъ цѣль, которую она при этомъ преслѣдовала. Наконецъ, кто эта злополучная женщина, склонившая ее на такое ужасное преступленіе, гдѣ ея квартира, какъ ея фамилія—всего этого В...а не знаетъ. Естественнo, что возникаетъ вопросъ, какимъ образомъ она могла надѣяться на полученіе обѣщанныхъ денегъ? В...а на это отвѣчаетъ, что между ними назначены были свиданія въ церкви мужскаго монастыря, куда она ходила, и въ домѣ С...аго у гадальщика, который предсказываетъ будущее. Однако, въ дѣйствительности, свиданія эти почему-то не состоялись. Кромѣ того, еще спрашивается, для чего она ходила на свиданія, зная, что данное порученіе не исполнено.

При такѣхъ условіяхъ остается невыясненнымъ, что собственно послужило мотивомъ къ покушенію на отравленіе Маріи Ш...ой. Зла-ли, кровожадна-ія Людмила В...а? Она увѣряетъ, что ни противъ Анны, ни противъ Маріи Ш...ыхъ ничего не имѣла. Злость, сама по себѣ, никогда не можетъ быть мотивомъ. Такимъ образомъ остается думать, что преступленіе это совершено было безъ разумнаго мотива, стало быть, дѣяніе это имѣло импульсивный характеръ, не даромъ же В...а говоритъ, что она это сдѣлала машинально, а аргументы и доводы, которые она приводитъ для объясненія мотива не дѣлаютъ чести ея логикѣ и свидѣтельствуя лишь объ одномъ, т. е. о слабости ея ума.

Не менѣе страннымъ представляется поведеніе В...ой въ періодъ времени, послѣдовавшій за моментомъ преступленія. На первыхъ порахъ, когда въ домѣ сдѣлалась тревога по поводу ухудшенія состоянія здоровья ребенка, она на спросъ матери о причинѣ запаха отдѣмывается пустыми фразами и шутками, а потомъ, по истеченіи нѣсколькихъ дней послѣ ухода ея отъ Анны Ш...ой, она преспокойно, какъ будто особеннаго ничего не случилось, приходитъ въ ея домъ и спрашиваетъ, нѣтъ-ли письма отъ жениха. Похоже-ли это на поведеніе случайнаго преступника? Куда дѣвалось тревожное состояніе, котораго слѣдовало бы ожидать?

Не менѣе странными также оказываются многія подробности ея поведенія за промежутокъ времени съ 4 по 8 января. Подробности эти указываютъ на обѣднѣніе идейныхъ ассоціацій, которыя требовались для пониманія своего, въ сущности, дѣйствительно щекотливаго положенія. Она, видимо, не могла оріентироваться, прибѣгая къ средствамъ, или другъ другу диаметрально противоположнымъ, или прямо безразсуднымъ; другими словами, у В...ой замѣчалась подавленность дѣятельности высшихъ нервно-мозговыхъ центровъ. При такомъ состояніи открывается просторъ для воображенія и всякая нелѣпая комбинація становится возможною.

Послѣ ухода отъ Анны Ш...ой 4 января она опять начинаетъ искать мѣста, потому, что, стыдясь передъ родными и знакомыми, по поводу своей беременности, она волею-неволею, должна была оставаться въ г. Курскѣ, но вмѣстѣ съ тѣмъ, она усиленно хлопочетъ о томъ, чтобы ѣхать домой. Начинается опять странствованіе изъ дома въ домъ и вездѣ, какъ въ домахъ, такъ и на улицѣ, опять-таки рассказывается одна и та же исторія о ея бѣдственномъ положеніи, которое, по обыкновенію, всякій разъ, при встрѣчѣ другаго лица, рисуется въ другомъ видѣ. Чего она не придумала для возбужденія участія въ ея горѣ. Рассказывала, что она, не ѣвши и не пивши, принуждена ночевать въ бочкѣ, на какомъ-то дворѣ, а въ то время стояли трескучіе морозы. Вообще она говорила такія ужасныя вещи, что многіе относились къ ней недовѣрчиво, такъ напримѣръ, маклерша П...а вслѣдствіе этого отказала ей въ квартирѣ, не требуя платы. Послѣ ухода отъ маклерши, она у нея почему-то оставила свои вещи, хотя ихъ было такъ немного, что легко можно было бы взять ихъ съ собою. Повторилось съ нею, значитъ, то же самое, что было въ г. Б...ѣ, гдѣ она, уѣзжая, также оставила часть своихъ вещей, которыя впослѣдствіи высланы были въ нашу больницу. Во всемъ этомъ нельзя не усмотрѣть извѣстной степени помраченія сознанія. Потомъ, по совѣту какой-то дамы, она 7 января отправляется въ гимназію къ супругѣ директора и отчаянно проситъ ее доставить ей возможность ѣхать домой. Названная

барыня принимала въ В...ой большое участіе, снабдила ее необходимыми деньгами и даровыми билетами на проѣздъ въ Петербургъ и даже на ночь оставила у себя. Получивъ такимъ образомъ возможность ѣхать домой, она, недовольствуясь этимъ, въ тотъ же день, отправляется въ женскій монастырь, просить у игуменьи дозволенія поступить въ монахини. Беременная женщина и монахиня, съ чѣмъ же это сообразно! Далѣе, описывая судебному слѣдователю свое горестное положеніе и сокрушаясь по поводу того, что женихъ къ ней охладѣлъ, она вмѣстѣ съ тѣмъ высказываетъ мнѣніе, что послѣдній не можетъ отъ нея отказаться, такъ какъ онъ имѣетъ ея фотографическую карточку. Затѣмъ, безцѣльная и беззащитная лживость, которая встрѣчается не только на словахъ, но и въ официальныхъ бумагахъ, опять-таки, не говоритъ въ пользу ея ума и ясности ея сознанія. Однимъ словомъ, мы бы не скоро кончили, если бы хотѣли заняться перечисленіемъ всѣхъ несообразностей,<sup>1</sup> которыя замѣчались въ поведеніи В...ой. Все это порождаетъ массу вопросовъ, на которые не находилось отвѣта, если допустить, что она находилась въ здоровомъ умѣ. Для насъ не подлежитъ сомнѣнію, что она въ то время потеряла способность различенія реальнаго отъ фантастическаго, т. е. находилась въ психически-разстроенномъ состояніи. Все это, въ совокупности взятое, заставляетъ думать, что какъ до, такъ и послѣ инкриминированнаго дѣянія, разумъ В...ой находился въ отуманенномъ и одурѣломъ состояніи. Мечтая о женихѣ и бракѣ, другими словами, находясь подъ вліяніемъ полового инстинкта, она очевидно была въ полусознательномъ состояніи, не знала, что говоритъ, дѣлаетъ и къ чему стремится, такъ что, не взирая на ея лживость, по нашему мнѣнію, заслуживаетъ довѣрія то ея показаніе, которымъ удостовѣряется, что по временамъ на нее что-то находитъ.

Поведеніе В...ой въ больницѣ доказываетъ, что раздраженіе внѣшней среды производило на нее лишь слабую реакцію, такъ что надо полагать, что воспринимаемыя впечатлѣнія не достигали точки болѣе яснаго сознанія; она только смутно сознавала свое поло-

женіе и не отдавала себѣ яснаго отчета въ своихъ дѣйствіяхъ. У нея, точно сонной, повидимому, усиленно работала фантазія, допускающая безсмысленныя комбинаціи, которыя, нерѣдко, сохраняются въ памяти.

Иначе, она не могла бы такъ спокойно относиться къ своему положенію и прибѣгать къ безсмысленному и неумѣстному кокетству.

Поведенію В...ой, какъ во время испытанія въ больницѣ, такъ и раньше этого, мы придаемъ большое значеніе, такъ какъ разсмотрѣніе инстинктовъ и чувствованій, управляющихъ поступками, болѣе вводитъ насъ въ область интимной жизни личности, чѣмъ критическій анализъ рѣчи, которая должна свидѣтельствовать объ умственной дѣятельности во всѣхъ ея формахъ и проявленіяхъ

Нарушеніе психической дѣятельности В...ой усматривается также изъ данныхъ ея прошлаго. По удостовѣренію лицъ, ближе ея знавшихъ, она всегда производила впечатлѣніе странной и эксцентричной дѣвушки, смѣялась не кстати, отвѣчала не впадѣи, въ послѣднее время, перемѣнилась въ характерѣ. Въ особенности это стало замѣтно въ періодѣ полового развитія, которое, какъ извѣстно, у слабыхъ натуръ служитъ подводнымъ камнемъ, о который претерпѣваетъ крушеніе психическое равновѣсіе, такъ какъ въ этой эпохѣ жизни въ душѣ юноши или дѣвицы возникаютъ новыя, до сихъ поръ неизвѣстныя и организму чуждыя ощущенія <sup>1)</sup>. При нормальныхъ условіяхъ развитія, дѣвушка въ это время начинаетъ быть осторожнѣе въ обращеніи съ мужчинами, но В...а, напротивъ того, принимала вызывающія манеры, употребляла бѣилы, красила брови и искала уличныхъ приключеній. Идя по этому пути, она, въ концѣ-концовъ, вступила въ любовную связь съ Григоріемъ В...имъ; находясь въ больницѣ, она даже хвасталась своими сомнительными побѣдами. Судя потому, что стало извѣстнымъ и ея матери, которая въ письмахъ оплакиваетъ несчастіе, постигшее ея семью, благодаря продѣлкамъ дочери Людмилы, надо полагать, что по-

<sup>1)</sup> См. Kahlbaum u. Hecker. Hebeephrenia.

слѣдняя дома не могла заразиться дурнымъ примѣромъ, изъ чего слѣдуетъ заключить, что беззащитное поведение обвиняемой обуславливалось органическими причинами и болѣзненнымъ состояніемъ, а не простымъ развратомъ. Справедливость этого мнѣнія еще подтверждается тѣмъ, что болѣе ясное сознаніе и болѣе приличное поведение стало у нея замѣтно именно съ момента появленія послѣднихъ регулъ.

Изъ всего этого явствуется, что половая сфера В...ой довольно долгое время находилась въ состояніи раздраженія, подъ вліяніемъ котораго ея интеллектъ отуманился и сознаніе помрачилось; вмѣстѣ съ тѣмъ оказывается несомнѣннымъ, что и послѣ возвращенія къ сознанію она обнаруживала нѣкоторую степень слабости ума. На это указываетъ ея тупоумное ничего—недѣланіе и наивная откровенность относительно ея любовныхъ отношеній къ Григорію В...му.

А что касается до нравственной сферы В...ой, то многія обстоятельства самымъ положительнымъ образомъ свидѣтельствуютъ объ извѣстной степени тупости.

Резюмируя вкратцѣ все сказанное, мы приходимъ къ тому заключенію, что Людмила В...а, наследственно обремененная предрасположеніемъ къ психозамъ, при слабости ума и нравственной тупости, одно время, подъ вліяніемъ раздраженія полового инстинкта, находилась въ состояніи автоматизма т. е. въ полусонномъ состояніи, такъ что совершала разныя сложныя движенія безъ пониманія того, что она дѣлаетъ.

Какъ уже сказано, причину психическаго расстройства В...ой, прежде всего, слѣдуетъ искать въ наследственности. За это говоритъ юношеское умопомѣшательство единокровнаго брата, которое, по мнѣнію всѣхъ авторовъ, причисляется къ разряду дегенеративныхъ психозовъ. Въ пользу наследственности также говорятъ найденные на ней признаки анатомическаго и функциональнаго вырожденія. Къ первому принадлежитъ недостаточное развитіе затылочной кости и ушныхъ сережекъ, ко второму, частичное правостороннее притупленіе нѣкоторыхъ категорій кожной чувствительности. На основаніи всего этого нельзя не прійти къ тому убѣжденію, что В...а дѣйствовала

странно, загадочно, нелѣпо и безумно потому, что она имѣетъ психическую организацію, аb ovo своеобразно сложившуюся.

Намъ кажется, разъ доказано, что мы имѣемъ дѣло съ инвалиднымъ мозгомъ, то за объясненіемъ явленія автоматизма <sup>1)</sup> недалеко ходить. Никто такъ легко не теряетъ сознанія, какъ именно дегенеративныя натуры, стоитъ только вспомнить интолерантность къ алкоголю наслѣдственно отягощенныхъ, воспріимчивость къ гипнозу истеричныхъ и слабонервныхъ женщинъ и т. д.

Изъ всего сказаннаго, принимая во вниманіе безразсудность механизма преступленія и то обстоятельство, что Людмила В...а, въ силу наслѣдственныхъ моментовъ и раздраженія полового инстинкта, одно время находилась въ полусознательномъ состояніи, мы заключаемъ, что инкриминированное дѣяніе имѣло импульсивный характеръ и что она совершила его противъ своей воли, находясь въ припадкѣ психическаго разстройства дегенеративнаго свойства.

---

1) Хотя это болѣзненное состояніе, столь разнообразное по силѣ и по продолжительности, чаще всего встрѣчается у эпилептиковъ и алкоголиковъ, тѣмъ не менѣе, нужно допустить, что оно бываетъ и у лицъ, отъ рожденія обремененныхъ предрасположеніемъ къ психозамъ, такъ какъ въ фізіологическомъ отношеніи, автоматизмъ представляетъ, собственно говоря, ничто иное, какъ процессъ рефлекторной дѣятельности, которая у названныхъ субъектовъ наступаетъ очень легко. Многіе психомоторные акты имѣютъ у нихъ значеніе рефлекса. А если, послѣ возвращенія къ сознанію, въ памяти остается суммарное воспоминаніе о событіяхъ періода автоматизма, то это еще не свидѣтельствуетъ о томъ, что никакого автоматизма не было.

## Бібліографія.

Д-ръ А. А. Токарскій, Терапевтическое примѣненіе гипнотизма.

Авторъ полагаетъ, что гипнотическое состояніе и внушеніе имѣютъ значеніе важныхъ терапевтическихъ факторовъ. Ихъ роль въ настоящее время настолько выяснена, что является возможнымъ оцѣнить ихъ дѣйствительное значеніе. Подобно всѣмъ извѣстнымъ терапевтическимъ средствамъ, съ помощью гипнотическаго состоянія и внушенія могутъ быть излечиваемы болѣзни, вообще допускающія возможность излеченія, т. е. при примѣненіи гипнотизма не можетъ быть рѣчи о возстановленіи утраченной субстанціи. Возможность пользоваться этимъ средствомъ всецѣло опредѣляется индивидуальностью субъекта. Въ настоящее время не существуетъ средствъ сдѣлать воспримчивыми къ вліянію гипнотизма всѣхъ субъектовъ безъ исключенія. Въ виду этого, при обсужденіи вопроса о примѣненіи гипнотизма, на первомъ планѣ долженъ быть поставленъ вопросъ о воспримчивости субъекта. Пока не существуетъ способа заранѣе опредѣлять степень воспримчивости. Единственнымъ средствомъ рѣшенія вопроса о воспримчивости можетъ служить гипнотизированіе. Главная область примѣненія гипнотизма—функціональныя нервныя болѣзни, т. е. болѣзни гдѣ возможность возстановленія функціи всегда дана. Въ такихъ случаяхъ результатъ часто равняется полному уничтоженію болѣзненныхъ явленій и гипнотизмъ можетъ быть рассматриваемъ какъ средство радикальное. По отношенію къ болѣзнямъ, гдѣ существуютъ мѣстныя измѣненія, имѣющія причинною разстройства питанія или кровообращенія, въ зависимости отъ нарушенія нервнаго вліянія, гипнотизмъ можетъ дать благопріятные результаты. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь всецѣло обусловлена потерей субстанціи, гипнотизмъ не можетъ оказать никакого дѣйствія, какъ и прочія извѣстныя намъ средства. Но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, на ряду съ симптомами, зависящими отъ потери субстанціи, наблюдаются симптомы, происходящіе отъ отраженнаго вліянія на нервную систему, съ помощью гипнотизма можно довести симптомы до размѣровъ, обусловленныхъ потерей субстанціи. Этимъ объясняется излеченіе болѣзней,



повидимому, обусловленныхъ органическими разстройствами, тогда какъ они въ дѣйствительности находятся въ зависимости отъ отраженнаго воздѣйствія нарушенія нервной функціи. Кромѣ возможности устранить посредствомъ гипнотизма всю сумму болѣзненныхъ явленій, слѣдуетъ имѣть въ виду примѣненіе гипнотическаго состоянія и внушенія какъ средства симптоматическаго, могущаго содѣйствовать симъ излеченію косвеннымъ путемъ. Къ числу важнѣйшихъ симптомовъ, съ которыми можно бороться посредствомъ гипнотизма, принадлежатъ бессонница, боль, отказъ отъ пищи, страхъ и безпокойное состояніе. Вопросъ о терапевтическомъ значеніи внушенія при мѣстныхъ заболѣваніяхъ воспалительнаго характера, равно какъ при перемежающейся лихорадкѣ, остается открытымъ. Въ виду выше изложеннаго, врачъ долженъ примѣнять гипнотизмъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ всѣ средства исчерпаны, между тѣмъ, какъ болѣзнь допускаетъ возможность излеченія. Тоже надо сказать о случаяхъ, гдѣ симптоматическія средства исчерпаны и недостаточно вліяютъ; что касается примѣненія гипнотизма пока существуетъ возможность излеченія другими средствами, то нѣтъ основанія настаивать на его примѣненіи, такъ какъ каждому врачу предоставляется пользоваться извѣстными ему средствами въ томъ порядкѣ, въ какомъ онъ признаетъ это наиболѣе удобнымъ и полезнымъ. Но во всякомъ случаѣ въ настоящее время необходимо, чтобы врачъ, отказывающійся отъ примѣненія гипнотизма, имѣлъ для этого серьезныя основанія. Возможность вреднаго вліянія, на которую указываютъ такъ часто, не можетъ служить достаточнымъ основаніемъ для отказа отъ примѣненія гипнотизма, такъ какъ эта возможность при гипнотизмѣ меньше, чѣмъ при всѣхъ извѣстныхъ сильно дѣйствующихъ средствахъ. Примѣненіе гипнотизма доступно каждому врачу. Необходимымъ условіемъ является, однако, знакомство съ техникой гипнотизированія и знакомство съ гипнотическими явленіями вообще. Въ виду того, что примѣненіе гипнотизма представляетъ собою почти психическую терапію, необходимо, какъ понятно, чтобы врачъ былъ знакомъ съ психіатріей, крайней мѣрѣ настолько, чтобы быть въ состояніи характеризовать психическое состояніе субъекта и оцѣнить происходящіе перемены. Примѣненіе гипнотизма не исключаетъ другихъ способовъ леченія, почему никакъ нельзя желать, чтобы образовался особый классъ врачей—гипнотизе-

ровъ, принципиально исключаящихъ всякое леченіе другаго рода, такъ какъ это съ одной стороны будетъ создавать неправильное отношеніе къ больнымъ, обуславливая ошибки въ терапіи, съ другой стороны неправильное отношеніе больныхъ къ врачамъ и лекарствамъ. Условіе наибольшей опытности, которая требуется отъ гипнотизера, вполне исполнимо при всякаго рода занятіяхъ и не требуетъ исключительнаго занятія гипнотизмомъ.

*П. И. Ковалевскій.*

**Д-ръ Россолимо,** О значеніи гипнотизма въ терапіи 1890.

Авторъ полагаетъ, что къ леченію гипнотизмомъ слѣдуетъ прибѣгать, главнымъ образомъ, въ случаяхъ истерическихъ и отчасти при нѣкоторыхъ нейрозахъ и психозахъ на истерической почвѣ. Главнымъ же образомъ гипнотизмъ показуется, когда явленія истерическія не уступаютъ никакимъ другимъ средствамъ, при чемъ не имѣется противопоказанія къ гипнозу, — когда нужно дѣйствовать быстро для освобожденія больного отъ опасныхъ истерическихъ симптомовъ, въ родѣ очень тяжелыхъ припадковъ общихъ судорогъ, затрудненнаго глотанія пищи въ теченіе долгаго времени, упорной бессонницы и проч., — наконецъ съ діагностическою цѣлью, чтобы опредѣлить въ нѣкоторыхъ темныхъ случаяхъ имѣемъ-ли мы дѣло съ истеріей, или нѣтъ.

*Д. И. Поляковъ.*

**Д-ръ П. Викторъ,** Табетическія заболѣванія суставовъ и ихъ отношеніе къ типичной формѣ, 1890.

Выводы, къ которымъ приходитъ авторъ, на основаніи собственныхъ наблюденій и тщательнаго пересмотра соответствующихъ случаевъ, имѣющихся въ литературѣ, состоятъ въ слѣдующемъ: Arthropathia tabidorum, по самой природѣ своей, есть страданіе хроническое и если она проявляется въ нервѣхъ случаяхъ вдругъ, безъ всякой внѣшней видимой причины, то изъ этого еще не слѣдуетъ, что и самый процессъ, со всѣми его послѣдствіями, развился тоже вдругъ, безъ предварительной патологической подготовки на мѣстѣ заболѣванія. Обыкновенно только самая катастрофа, трансулативный выпотъ въ сочлененіе, или переломъ кости, наступаютъ вдругъ и, только повидимому, ничѣмъ не обусловлены, на самомъ же дѣлѣ, подготовлены заранѣе. И вотъ, благодаря тому единственно, что катастрофа наступаетъ внезапно и служитъ первымъ поводомъ къ тому, чтобы больной поспѣшно обратился къ врачебной помощи, составляется не совсѣмъ вѣрный выводъ о томъ, что и самое заболѣваніе развивается тоже внезапно. Уже одно несоотвѣтствіе этиологическаго момента (ничтожность травмы и т. п.), обыкновенно принимаемаго для arthropathia tabidorum, указываетъ на предварительно глубоко измѣненную, въ патологическомъ отношеніи, почву. Тамъ, гдѣ больной, какъ при госпи-

тальною обстановкѣ, огражденъ отъ малѣйшаго дѣйствія вызывающихъ внѣшнихъ причинъ (простуда, травма), процессъ развивается медленнымъ, постепеннымъ ходомъ—со всѣми признаками обычного хронического процесса. Во всякомъ случаѣ нужно, по крайней мѣрѣ, допустить двѣ формы *arthropathia tabidorum*, хроническую и острую, если допускать внезапность заболѣваній, тогда будетъ больше согласія съ фактами и съ анатомической сущностью самой болѣзни. *Arthropathia tabidorum* развивается на гораздо большемъ, если можно такъ выразиться, историческомъ протяженіи табеса, чѣмъ думаютъ. Развиваясь обыкновенно въ ранній періодъ, въ періодъ стрѣляющихъ болей, она легко можетъ развиваться и гораздо позже. Тамъ, гдѣ страданіе появляется въ періодъ стрѣляющихъ болей и гдѣ самыя эти боли, невралгического resp. табетического характера, непосредственно предшествуютъ острому опуханію сочлененія, возможно, что онѣ находятся въ прямомъ каузальномъ отношеніи къ трансудативному выпоту. Возможно, что именно въ этихъ случаяхъ—рѣчь идетъ о трофоневрозѣ сочлененія, въ результатъ котораго появляется трансудативный выпотъ, аналогично тому, какъ мы это видимъ при другихъ страданіяхъ этого рода, напр. при *herpes zoster*, или же аналогично тѣмъ случаямъ гастрическихъ кризъ, въ которыхъ кардіалгическія боли сопровождаются обильнымъ выдѣленіемъ желудочнаго сока. Вся разница будетъ заключаться лишь въ разницѣ химического состава отдѣленій, соотвѣтственно физиологической разницѣ самыхъ полостей—желудка и сустава, охваченныхъ приступомъ невралгического трофоневроза. Возможно, что дѣло объясняется еще иначе, и въ такихъ случаяхъ мы имѣемъ неврозъ, тѣмъ болѣе, что именно въ этихъ случаяхъ съ опуханіемъ колѣна отекаетъ и конечность, а отеки конечностей нерѣдки при воспалительныхъ невритахъ. Въдѣ если ослаблено табетическимъ процессомъ, находящимся, можетъ быть, еще въ скрытомъ періодѣ, питаніе костей, сочлененій, то тѣмъ болѣе ослаблено питаніе самихъ нервовъ. Тамъ, гдѣ табетической артропатіи сопутствуетъ атрофія въ окружающихъ суставъ мышцахъ, послѣдняя зависитъ, повидимому, не отъ самого табеса, а отъ пораженія сустава, и есть слѣдовательно не первичное, а вторичное страданіе рефлекторнаго происхожденія, какъ это наблюдается и при другого рода артропатіяхъ. Тамъ, гдѣ *arthropathia tabidorum* развивается въ періодъ уже совершенно нарушенной координаціи и тѣмъ болѣе, гдѣ ей сопутствуютъ смежныя мышечныя страданія, механическія условія, въ которомъ долженъ функционировать суставъ, дѣйствительно таковы, что сами по себѣ могутъ поддерживать процессъ въ суставѣ, исходнымъ пунктомъ котораго послужила невропатическая причина. Такое допущеніе примиряетъ воззрѣніе механистовъ на патогенезъ болѣзни и можетъ черпать свои доводы въ фактахъ необыкновенной подвижности и растянутости связочнаго аппарата вообще у табетиковъ. По своей анатомо-патологической картинѣ *arthropathia tabidorum* нисколько не отличается отъ таковой-же при *arthritis deformans*; что же касается до преобладанія остеопороза, то оно проблематично и не оправдывается отдѣльными наблюденіями, по крайней мѣрѣ, относительно пораженія собственно сочленовыхъ концовъ костей (эпифизовъ). Въ виду того, что *arthritis deformans*

есть такой патологический процесс, въ основѣ котораго лежитъ нарушение правильнаго питанія сустава и по своему происхожденію зависитъ отъ многихъ этиологическихъ моментовъ, на что указываютъ и самыя названія, кромѣ *arthritis deformans*, *arthritis urica*, *arthritis nodosa*, *arthritis pauperum*, *rheumatismus nodosus*, — сближеніе его съ *arthropathia tabidorum* въ общемъ вполне допустимо. Вся разница, видимо, зависитъ только отъ того, что при *arthritis deformans* нарушение питанія возникаетъ на мѣстѣ. вслѣдствіе мѣстнаго дѣйствія *causa posens*, которая можетъ быть передается черезъ кровь, какъ отложеніе мочевиновыхъ солей и т. п.; при *arthropathia tabidorum*, напротивъ, *causa posens* находится въ центральной нервной системѣ и отсюда, при участіи нервовъ, заставляющихъ питаніемъ тканей, посылаетъ патологическіе импульсы, нарушающіе физиологическую экономію сустава. Отсюда возникаютъ и нѣкоторыя весьма существенныя различія въ клинической послѣдовательности признаковъ того и другого страданія. Такъ какъ при истинномъ *arthritis deformans*, (не отъ переломовъ суставныхъ концовъ и проч.) носителемъ болѣзненной причины является сама питающая среда (кровь), то отсюда понятнымъ становится полиморфизмъ, множественность страданія, развивающагося одинаково какъ бы по всемъ суставамъ. Напротивъ, при *arthropathia tabidorum*, хотя можетъ существовать тоже одновременное пораженіе многихъ суставовъ, но самое пораженіе избираетъ суставы, находящіеся ниже уровня патологическаго процесса въ спинномъ мозгу. Это объясняетъ преобладаніе *arthropathia tabidorum* на нижнихъ конечностяхъ, такъ какъ намъ чаще мы наблюдаемъ нижній, а не верхній табесъ, преобладающій склерозъ заднихъ пучковъ нижняго отѣла спиннаго мозга, а не верхняго. Появленіе болѣе значительныхъ выпотовъ при *arthropathia tabidorum* тоже составляетъ отличіе *arthropathia tabidorum* противъ *arthritis deformans* и, нахожденіе въ зависимости отъ такихъ чисто нервныхъ признаковъ, какъ ожесточеніе невралгическихъ болей, подтверждаетъ въ свою очередь невропатическій характеръ страданія. Появленіе артропатіи на уровнѣ патологическаго процесса въ спинномъ мозгу и никогда выше, что подтверждается вскрытіями, рѣшительно исключаетъ всякую иную гуморальную теорію, которая стремилась бы объяснить появленіе табетическихъ артропатій дѣйствіемъ *causa posens* черезъ кровь, какъ при сифилисѣ. Всякая такая теорія, будучи только простымъ снимкомъ съ того цикла явленій, которыя мы наблюдаемъ при сифилисѣ-же лучше всего и объясняетъ распространеніе сифилиса въ организмѣ, признаки котораго хронологически слѣдуютъ другъ за другомъ не вслѣдствіе причинной зависимости одинъ отъ другого, а вслѣдствіе, одновременнаго дѣйствія *causa posens* на разныя системы въ зависимости отъ ихъ анатомической устойчивости и проч. Всѣ, возникавшія до сихъ поръ, теоріи болѣзни нисколько не опровергаютъ въ основѣ невропатической теоріи пр. Charcot, которая продолжаетъ оставаться въ согласіи съ новыми фактами и наблюденіями. Новые факты и наблюденія, нисколько не опровергая невропатической теоріи въ общемъ, тѣмъ не менѣе во многомъ противорѣчатъ ея деталямъ и требуютъ совершенной переработки кардинальных признаковъ типической формы. Кардинальные признаки типической формы *arthropathia tabidorum* должны быть переработаны согласно

вышесказанному и соотвѣтственно накопленію дальнѣйшихъ наблюденій въ отмѣченномъ направленіи, при чемъ должны быть приняты во вниманіе: а) каузальное, а вовсе не случайное только отношеніе невралгическихъ болей; б) всегда скрытое, хроническое начало страданія; с) непремѣнное участіе периферической нервной системы въ видѣ-ли невритовъ, невралгическихъ трофоневрозовъ или простаго нарушенія трофической иннервации въ формѣ безжизннаго, рефлекторно-скрытаго процесса. И это тѣмъ болѣе, что во многихъ случаяхъ могутъ быть такъ называемые скрытые невриты (*neurite latentes*), существованіе которыхъ доказали Pitres и Vailard, Samboult, Brissand.

*Д. И. Поляковъ.*

**Prof. Bianchi**, Отвѣтственность при истеризмѣ, *La responsibilita nell'isterismo*, *Rivista sperimentale di freniatria*, 1890.

Въ этой маленькой статьѣ авторъ говоритъ противъ утвержденія, что всѣ истеричныя неотвѣтственны за совершенныя ими преступленія. Если приходится имѣть дѣло съ проступкомъ истерическаго субъекта, то по большей части требуется очень основательное изученіе какъ самого субъекта, такъ и всѣхъ бывшихъ при этомъ побочныхъ явленій для того, чтобы достигнуть вѣрнаго сужденія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это удастся легко и можно тотчасъ же высказаться въ пользу неотвѣтственности истеричнаго субъекта; сюда прежде всего принадлежатъ всѣ случаи дѣйствительныхъ истерическихъ психозовъ; кромѣ этого еще берутся во вниманіе тѣ случаи, гдѣ дѣло идетъ объ истерическомъ раздвоеніи личности или «о самопроизвольномъ сомнамбулизмѣ». Этимъ выраженіемъ авторъ обозначаетъ всѣ тѣ истеро-эпилептическія состоянія, когда субъектъ находится какъ-бы во снѣ. Это состояніе можетъ длиться отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ мѣсяцевъ и въ такомъ случаѣ субъектъ находясь въ сноподобномъ, полусознательномъ состояніи, дѣйствуетъ и говоритъ какъ бы сознательно, но тѣмъ не менѣе, въ нормальномъ состояніи ничего не помнитъ о совершенныхъ имъ проступкахъ. Что такія состоянія бываютъ вовсе не рѣдко, на это авторъ указываетъ совершенно справедливо. Нѣсколько иначе нужно судить о тѣхъ истеричныхъ субъектахъ, у которыхъ во время тяжелыхъ соматическихъ симптомовъ (параличей, контрактуръ, геміанестезій, конвульсій и проч.) характеръ совершенно измѣняется въ сравненіи съ тѣмъ, какой у нихъ бываетъ въ сравнительно здоровомъ состояніи, когда соматическіе припадки проходятъ, хотя истерія у нихъ продолжается. В. указываетъ на это въ двухъ рѣдкихъ случаяхъ. Если въ такомъ состояніи совер-

шается преступленіе, то нельзя ихъ считать вполне не отвѣтственными, но очевидно надо такихъ людей признать менѣе отвѣтственными, чѣмъ вполне здоровыхъ. Невозможно сдѣлать общее заключеніе относительно тѣхъ личностей, которыя страдаютъ тяжелыми судорожными припадками, но въ свѣтлыхъ промежуткахъ являются людьми почти нормальными. Въ такихъ случаяхъ надо хорошенько изучить и совершенно отдѣльно обсудить каждый данный случай.

*П. И. Ковалевскій.*

**Proff. Morselli**, Вульво-вагинальныя кризы у табетическихъ женщинъ (Sulle crisi vulvo-vaginali nell'atassia locomotrice progressiva della donna. Giornale di neuropathologie—Rivista bimestrale sulle malattie nervose, an VII, f. 1 e 2).

Авторъ подробно описываетъ клиническую исторію одной больной табесомъ, обращая особенное вниманіе на три рѣдко встрѣчающіяся явленія, имѣвшія мѣсто въ его случаѣ: разстройство мышечнаго чувства безъ соотвѣтственнаго измѣненія кожной чувствительности, амиотрофію нижней конечности и особенное страданіе наружныхъ половыхъ органовъ, которое онъ называетъ вульво-вагинальными кризами. Разсматривая первое явленіе, авторъ полагаетъ, что вообще атактическія разстройства не находятся въ абсолютной связи съ разстройствами чувствительности; на этомъ основаніи онъ болѣе склоненъ принять моторную теорію табеса или теорію координаціи. Атрофія нижней конечности дѣлаетъ случай автора аналогичнымъ случаямъ Leyden'a, Labovole и Dumerle, служа доказательствомъ того интереснаго патолого-анатомическаго явленія, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ tabes въ деструктивномъ процессѣ принимаютъ участіе и передніе рога спиннаго мозга. Авторъ въ особенности останавливается на явленіяхъ третьяго рода. О разстройствахъ полового чувства при tabes упоминаютъ Charcot и Pitres, но эти разстройства наблюдались ими въ продромальномъ періодѣ tabes и имѣли другой характеръ, чѣмъ въ случаѣ, описанномъ авторомъ. Здѣсь сексуальныя разстройства принадлежали періоду ясной эволюціи болѣзни и имѣли вѣдь иногда безпричиннаго эротическаго возбужденія, сопровождаемаго болѣе или менѣе сильной вульво-вагинальной секреціей и часто чрезмѣрнымъ сладострастнымъ чувствомъ, а иногда состояли въ продолжительномъ возбужденіи безъ отдѣленія изъ наружныхъ половыхъ органовъ, которое оканчивалось болѣзненнымъ спазмодическимъ состояніемъ. На основаніи своего случая авторъ утверждаетъ, что половыя разстройства вовсе не всегда являются въ первомъ періодѣ болѣзни, какъ принимается большинствомъ невропатологовъ, а могутъ встрѣчаться во всякомъ ея періодѣ, и что общее мнѣніе, будто эти разстройства часты только у мужчинъ и вовсе не встрѣчаются у женщинъ (Erb.) ошибочно. Указанныя явленія зависятъ, по мнѣнію автора, отъ раздраженія генитоспинальных центровъ. Въ качествѣ средства, способнаго уменьшить страданія больной, авторъ рекомендуетъ гидро-гальваническія ванны.

*П. И. Ковалевскій.*

**Raffaele Brugia**, Электротонъ и его отношение къ проводимости моторныхъ нервовъ человека. *L'elettrotono in rapporto con la conduttività dei nervi motori nell'uomo*, Riv. Sp. di fren. e di med leg., vol. XVI, f. III.

На основаніи своихъ опытовъ, авторъ пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1. Какъ катэлектротонъ, такъ и анэлектротонъ, но, особенно послѣдній, обуславливаютъ извѣстное замедленіе проводимости, если нервъ остается въ связи съ окружающими тканями, если же нервъ изолированъ, то, какъ установлено наблюденіями автора и Novi, даже не очень интенсивный катэлектротонъ ускоряетъ проведеніе возбужденія. 2. При прогрессивномъ увеличеніи поляризаціи, реакція соотвѣтственно удлиняется; но если анодная поляризація, достигнувъ извѣстной степени, представитъ полное препятствіе для проведенія возбужденія, то катэлектротонъ можетъ достигнуть наибольшей интенсивности, прежде чѣмъ истощится способность проводимости нерва. 3. Тогда какъ вмѣстѣ съ прекращеніемъ катэлектротона почти непосредственно исчезаетъ замедленіе мышечной реакціи, проходитъ гораздо больше времени, пока нервъ, находившійся въ анэлектротонѣ, возвратитъ полную способность проводимости. 4. Усиленіе раздраженія, оставаясь почти безъ вліянія на анэлектротонизированный нервъ, до извѣстной степени катэлектротона компенсируетъ затрудненіе проводимости. Съ цѣлью уменьшенія проводимости нерва, авторъ пользовался вліяніемъ холода (пудверизаціей эфиромъ) и установилъ слѣдующее: Время реакціи удлиняется; явленіе электротона слѣдуетъ тѣмъ же законамъ, какъ и въ нормальномъ состояніи, только при прекращеніи катэлектротона замедленіе мышечной реакціи исчезаетъ менѣе быстро. На нервахъ съ реакціей перерожденія авторъ наблюдалъ слѣдующее: 1. Въ первомъ стадіи, когда гальваническая и фарадическая возбудимость еще только уменьшена, электротоническое замедленіе болѣе выражено, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. 2. Въ томъ-же стадіи, когда остается только гальваническая мышечная возбудимость, прямое раздраженіе мышцъ характеризуется и безъ того крайней медленностью реакціи, по этому электротоническое замедленіе бываетъ очень не велико.

*Н. Н. Мухинъ.*

**D-r Giuseppe Cirincone e Girolamo Mirto**, Хроническая прогрессивная и Гѣнтингтоновская хорea. *Corea cronica progressiva e corea di Huntington* (La psichiatria ecc., Anno VII, f. 3 e 4 ed anno VIII, f. 1 e 2).

Авторы этой обстоятельной работы пришли къ слѣдующимъ выводамъ: всѣ описанныя до сихъ поръ формы хорей (дѣтская хорea, хорea взрослыхъ, беременныхъ, старческая, наследственная и т. д.) представляютъ одну картину, характеризующуюся главнымъ образомъ беспорядочными движеніями различной интенсивности и экстенсивности. Хорea одна. Тѣмъ не менѣе съ клинической точки зрѣнія удобно различать двѣ формы, принимая въ основаніе такого дѣленія не возрастъ или другіе этиологическіе моменты, а благопріятное или фатальное теченіе болѣзни. Первую форму представляетъ chorea vulgaris или Sydenhami. Она встрѣчается преимущественно у дѣтей, рѣже у взрослыхъ, у беременныхъ и т. п. и всегда оканчивается выздоровленіемъ. Вторую

форму представляет chorea chronica progressiva, которая может встречаться в любомъ возрастѣ, но чаще наблюдается у взрослыхъ и стариковъ и характеризуется: 1) медленнымъ, хроническимъ и прогрессивнымъ теченіемъ и уменьшеніемъ хореическихъ движеній при произвольныхъ актахъ; 2) расстройствами рѣчи; 3) психическими расстройствами (потеря памяти, маниакальные формы, деменція); 4) фатальнымъ исходомъ. Къ этой тяжелой формѣ хореи относится и та форма, которую описываютъ подъ именемъ наследственной или Гентингтоновской хореи.

*Н. И. Мухинъ.*

**D-r Fornario,** Къ учению объ атетозѣ. Nuovo contributo allo studio dell'atetosi, La psichiatria ecc., anno VIII, f. 1—2.

Въ дополнение къ представленному въ 88 году изслѣдованію объ атетозѣ авторъ представляетъ исторію одной больной съ тщательными и многочисленными графическими изслѣдованіями и съ серіей фотографическихъ снимковъ верхней и нижней конечности пораженной атетозомъ. Больная поражена полнымъ лѣвостороннимъ геміатетозомъ. (лицо, верхняя и нижняя конечности). Она происходитъ отъ здоровыхъ родителей, въ дѣтствѣ однажды получила сильный толчекъ отъ разгнѣваннаго отца и съ тѣхъ поръ начала испытывать расстройства въ движеніяхъ. Въ состояніи покоя лицо ассимметрично: лѣвая бровь приподнята, глазная щель расширена, sulcus nasolabialis углублена, лѣвый уголъ рта оттянутъ влѣво. Обыкновенное положеніе лѣвой руки—сжатый кулакъ. согнутое и приведенное къ туловищу предплечье; положеніе ноги—res vago equinus. Движенія глазныхъ яблокъ, языка замѣтны ритмическія червеобразныя сокращенія. Волевые акты усиливаютъ произвольныя движенія въ членахъ больной стороны, что служить причиной особенной и разнообразной жестикуляціи въ такихъ случаяхъ. Авторъ прилагаетъ 9 фотографическихъ снимковъ верхней конечности, кисть которой, благодаря чрезмѣрной флексіи и экстензіи пальцевъ въ различныхъ сочлененіяхъ, принимаетъ иногда самыя уродливыя и странныя очертанія. Несмотря на эту жестикуляцію, простые волевые акты обыкновенно доводятся больною до конца, только исполненіе ихъ затруднено; сложные же акты вовсе не могутъ быть исполнены лѣвой рукой. Произвольныя движенія нижней конечности возможны во всѣхъ направленіяхъ, но стопа чаще всего остается приведенной и согнутой, большой палецъ экстензированъ, остальные флексированы. При сильныхъ атетотическихъ движеніяхъ замѣтны червеобразныя сокращенія различныхъ мышечныхъ пучковъ, сильное напряженіе сухожилій и ясно ощущается крепитация вблизи сочлененій. Сухожильные рефлексы повышены съ обѣихъ сторонъ. Мышечные, кожные и зрачковые рефлексы нормальны. Изъ вазомоторныхъ расстройствъ обращаетъ на себя вниманіе частое потѣніе. Слухъ, зрѣніе, вкусъ и обоняніе нормальны. Рѣчь неправильна въ томъ отношеніи, что больная не выговариваетъ вовсе буквъ l, g, t и d, а вмѣсто с и g произноситъ t: напр. вмѣсто Stanco она говоритъ „Sanco“ и т. п. Психика правильно развита. При графическомъ изображеніи атетотическихъ движеній посредствомъ міографа Matteu'a получаютъ кривыя, въ которыхъ различаются двоякаго рода



волны. Какъ восходящая, такъ и нисходящая части кривой состоятъ изъ ряда неправильныхъ и неравномѣрныхъ первичныхъ волнъ, каждая изъ которыхъ образуется въ свою очередь волнообразной линіей, изгибы которой представляютъ собой вторичныя волны. Вершины первичныхъ волнъ иногда являются въ видѣ острыхъ узловъ, но большею частью притуплены; вершина всей кривой представляется уплощенной съ многочисленными мелкими подъемами въ видѣ вторичныхъ волнъ. При сравненіи кривыхъ, полученныхъ на пораженной сторонѣ съ нормальными, первыя являются болѣе длинными и волнистыми: восходящая часть перпендикулярна, какъ и въ нормальныхъ кривыхъ, нисходящая же гораздо болѣе отлога и волниста. Нерѣдко, однако, не зависимо отъ силы и продолжительности тока, восходящая часть кривой является наклонной и волнистой, нисходящая же въ началѣ бываетъ почти вертикальна. Такую особенность сокращенія мышцъ авторъ объясняетъ повышеніемъ мышечнаго тонуса въ зависимости отъ разстройства центрального аппарата, заставляющаго регулированіемъ его. Объясняя и особенности кривыхъ, полученныхъ при произвольныхъ актахъ, повышеніемъ мышечнаго тонуса, авторъ утверждаетъ, что при атетозѣ мышечный тонусъ модифицируется и усиливается и вслѣдствіе этого форма сокращенія при атетозѣ приближается всегда къ контрактурѣ, почему атетозъ нельзя смѣшивать съ хореей и надо считать разстройствомъ болѣе тяжелымъ, чѣмъ эта послѣдняя.

*Н. И. Мухинъ.*

**D-r Verga**, Циррозъ печени у душевно больныхъ (*La cirrosi epatica nei pazzi*, Archivio italiano per le malattie nervose, 1890, 3—4).

Grilli обратилъ вниманіе на появленіе печеночнаго цирроза у душевно-больныхъ и нашелъ, что явленіе это довольно рѣдкое и если является, то преимущественно у алкоголиковъ. Авторъ вновь пересматривалъ этотъ вопросъ на шести тысячахъ душевно-больныхъ и нашелъ, что наибольшій процентъ цирроза заболѣванія печени падаетъ на пеллягрозныхъ больныхъ, а затѣмъ уже на алкоголиковъ и остальныхъ больныхъ.

*Н. И. М.*

**D-r Raggi**, Reflessi dolorosi di origine psichica negli alienati. Rengi conti del R. Ist Lomb., 1890.

Авторъ сообщаетъ два интересныхъ наблюденія. Первое касается нейрастеника, который, со времени слѣдствовавшихъ извѣстнымъ опытовъ Пастера, испытывалъ величайшій страхъ къ собакамъ, при видѣ которыхъ у него являлась сильнѣйшая боль въ икрахъ; если же онъ слышалъ только лай собаки, то припадокъ боли не наступалъ. Второе наблюденіе относится къ одному параноику съ бредомъ преслѣдованія сексуальнаго содержанія; у него, какъ только онъ видалъ или слышалъ что либо срамное—все равно было ли это на дѣлѣ или галлюцинація,—тотчасъ являлись сильныя боли и тактильныя галлюцинаціи. Авторъ думаетъ, что въ обоихъ случаяхъ дѣло идетъ о распространеніи сенсорнаго или галлюцинаторнаго возбужденія на чувствительные пути.

*Н. И. Мухинъ.*

**D-r Wolff**, Объ астазіи и абазіи съ описаніемъ одного случая (*Ueber Astasie und Abasie mit Demonstration eines Falles. Algem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1890 г.).

Въ этой статьѣ D-r Wolff высказываетъ свой взглядъ на характеръ, причины, теченіе и исходъ упомянутой формы болѣзни,

и для демонстраціи описываетъ бывшій подъ его наблюденіемъ случай изъ поликлиники проф. Менделя и Эйленбурга. Случай этотъ слѣдующій: дѣвица М. Z. 28 лѣтъ; въ дѣтствѣ, какъ говорить, она перенесла какія-то дѣтскія болѣзни, о природѣ и теченіи которыхъ она не можетъ дать болѣе или менѣе точныхъ свѣдѣній. Уже въ дѣтствѣ она страдала продолжительными и упорными головными болями, занимавшими заднюю половину головы. На 15 году впервые появились у нея менструаціи, которыя впоследствии были всегда правильны. Съ этого времени начинается постепенное усиленіе ея болѣзни; часто начали появляться кровотечения изъ носа, остановить которыя удавалось съ большимъ трудомъ. На 20 году, по словамъ больной, она перенесла брюшной тифъ, къ которому на 14 день присоединился кровавый поносъ и больная пролежала въ постели 5 недѣль. Съ этого времени появились слабость и боли во всей лѣвой половинѣ тѣла, которыя занимали лицо, туловище и конечности; правая же половина тѣла всегда оставалась свободною отъ этого. 3 недѣли спустя послѣ только что упомянутого заболѣванія она перенесла дифтеритъ, послѣ котораго ея болѣзнь еще болѣе усилилась; она слѣдилась раздражительной, была всегда взволнованной, часто появлялся судорожный плачь. Очень мучительный симптомъ ея болѣзни составляла интенсивно выраженная бессонница. Цѣлыхъ 2 года за время болѣзни она не могла ходить и когда начала ходить, то замѣтила слабость въ лѣвой рукѣ и ногѣ, и еи рѣзко бр. силось въ глаза, что симптомокомплексъ ея болѣзни созрелоточивается въ лѣвой половинѣ тѣла. Сила въ лѣвой рукѣ была мала и при хожденіи она всегда прихрамывала на лѣвую ногу. Головные боли въ это время продолжались и часто сопровождались рвотой. 1 годъ и 3 мѣсяца тому назадъ у больной появилась сильная боль въ желудкѣ и кровавая рвота; врачи опредѣлили круглую язву желудка, но черезъ 3 мѣсяца примѣсь крови ко рвотѣ прекратилась, рвота же, сама по себѣ уменьшившись, оканчательно не прошла и довольно часто появлялась даже во время наблюденія D-га Wolff, но уже не зависимо отъ головной боли. Въ ноябрѣ мѣсяцѣ прошлаго года больная замѣтила, что походка ея затруднена и это затрудненіе выражалось сильнѣе при всякомъ болѣе или менѣе продолжительномъ мускульномъ напряженіи. Въ это же время больная замѣтила треморъ въ лѣвой половинѣ тѣла, который захватилъ также и голову. Треморъ этотъ не находился въ зависимости исключительно отъ произвольныхъ движеній, такъ какъ наблюдался и во время покоя, и даже когда больная лежала въ постели, — скорѣе онъ былъ въ зависимости отъ психическаго состоянія: если больная раздражалась, волновалась, то и треморъ усиливался. 10 мая больная вдругъ замѣтила, что она не можетъ ходить, такъ какъ не можетъ слѣдять правильно необходимыхъ для этого движеній, ибо способность координаціи движеній у нея была нарушена. Что касается наслѣдственности, то можно констатировать у нея сильно выраженное наслѣдственное предрасположеніе къ заболѣваніямъ центральной нервной системы. Мать ея была очень нервная особа и часто у нея бывалъ судорожный плачь, а бабушка со стороны матери психически больная и теперь еще находящаяся въ лечебницѣ для душевно-больныхъ; отецъ ея потаторъ

и умеръ отъ какой-то болѣзни легкихъ. Субъективныя жалобы больной во время наблюденія Wolff'a заключались, кромѣ затрудненія движеній, главнымъ образомъ въ непрестанныхъ головныхъ боляхъ, локализирующихся во лбу и въ затылкѣ, въ боляхъ въ лѣвой верхней и нижней конечностяхъ и въ боляхъ въ желудкѣ. Хотя и въ другихъ мѣстахъ тѣла по временамъ также появлялись боли, но уже не какъ фиксированныя, а какъ блуждающія боли (*dolores vagi*). Кромѣ этого больная жаловалась на ощущение давленія въ горлѣ и подкатыванія шара (*globus histericus*); довольно часто появлялся судорожный плачъ и общія судороги, при полномъ сохраненіи сознанія. Со стороны мочевого пузыря и прямой кишки ничего ненормальнаго не замѣчено, кромѣ слабой наклонности къ запорамъ. Треморъ, появившійся въ ноябрѣ мѣсяцѣ прошлаго года, продолжался по прежнему, составлялъ самый выдающійся объективный симптомъ и распространялся на языкъ, руки, ноги и иногда на голову. Этотъ треморъ, какъ уже выше было сказано, не находился въ зависимости исключительно отъ произвольныхъ движеній, такъ какъ наблюдался и при полномъ покоѣ, но скорѣе зависѣлъ отъ психическаго возбужденія, тѣмъ не менѣе мышечныя напряженія его усиливали. Нервные стволы и болевые точки были очень чувствительны къ давленію, при чемъ даже сравнительно слабое мышечное напряженіе вызывало ощущение боли; особенно рѣзко выражалось это въ лѣвой половинѣ тѣла. Давленіе въ области яичниковъ съ обоихъ сторонъ вызывало сильнѣйшую боль. Зрачки были слегка расширены и реагировали на свѣтъ нормально. Аккомодация нормальна, но поле зрѣнія кнаружи на обоихъ глазахъ было, ограничено, хотя степень ограниченія посредствомъ периметра не была опредѣлена. Функция глазныхъ мышцъ нормальна и признаковъ нистагма не замѣчалось. Движенія конечностей въ лежачемъ положеніи совершались твердо, правильно и безъ малѣйшихъ указаній на атаксію. Мышечная сила у больной въ общемъ была не велика, но во всякомъ случаѣ, при плохомъ состояніи ея питанія, ее можно считать нормальной. Исслѣдованіе чувствительности обнаружило слабую гиперестезію на лѣвой половинѣ тѣла; слухъ на лѣвой сторонѣ слегка пониженъ; вкусъ и обоняніе не нарушены. Если больная пыталась безъ поддержки стоять, то это ей не удавалось, такъ какъ ноги подгибались въ колѣнахъ и она падала, не будучи въ состояніи удержаться на ногахъ даже на одну минуту. Еще сильнѣе это выражалось при попыткѣ ходить: больная пробовала ходить, но послѣ первыхъ же шаговъ она начинала шататься, движенія становились некоординированными, ноги больная начинала становить не рядомъ, а навкрестъ и въ концѣ концовъ падала. Треморъ, наблюдавшійся и въ спокойномъ состояніи, значительно усиливался во время этихъ, для больной въ высокой степени утомительныхъ, движеній. Но что особенно интересно, такъ это то, что движенія конечностей становились вполнѣ правильными и координированными, лишь только она опускалась на полъ или на кровать, и только, не прекращающійся и въ спокойномъ состояніи, треморъ указывалъ на ея болѣзненное состояніе. Довольно часто у больной появлялись истеро-эпилептические признаки, судороги во всемъ тѣлѣ, но при полномъ сохраненіи сознанія и способности ощуще-

нія. Описанное состояніе по временамъ улучшалось, хотя всего только на нѣсколько дней; больная могла вполне пользоваться нижними конечностями и производить всѣ необходимыя въ данный моментъ движенія, стоять и даже совершать сравнительно длинныя прогулки, какъ будто у нея никогда не было нарушенія функцій ногъ; но черезъ нѣсколько дней, послѣ даже незначительнаго психическаго возбужденія, является прежнее болѣзненное состояніе съ тѣмъ, чтобы, по прошествіи нѣкотораго времени, уступить опять, повидимому, нормальному состоянію. На основаніи описанныхъ симптомовъ, D-r Wolff приходитъ къ тому заключенію, что этотъ случай относится къ тѣмъ формамъ заболѣваній, которыя въ основѣ своей не имѣютъ видимыхъ, патологоанатомическихъ измѣненій и которыя носятъ названіе функціональных нейрозовъ

*Д. Н. Поляковъ.*

**Dr. Rertenbiller,** Случай циркулирующаго прогрессивнаго паралича (Ein Fall von circulärer Paralyse, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1891).

Въ началѣ своей статьи авторъ дѣлаетъ кое-какія замѣчанія относительно прогрессивнаго паралича и указываетъ на извѣстные ему изъ литературы случаи циркулирующаго прогрессивнаго паралича. Онъ говоритъ, что мы обыкновенно принимаемъ 4 формы прогрессивнаго паралича, а именно: дементную, депрессивную, экспанзивную и возбужденную форму. Если является депрессивная и экспанзивная форма попеременно, хотя-бы раздѣленные посредствомъ болѣе долго или болѣе коротко длящихся ремиссій, то наступаетъ циркулирующая форма прогрессивнаго паралича. Эта форма прогрессивнаго паралича наблюдается довольно рѣдко и изъ литературы автору извѣстно только 3 случая. Крафтъ-Эбингомъ сообщенъ одинъ случай ипохондрической формы паралича, гдѣ послѣ новой болѣе длинной ремиссії возвратилась ипохондрическая форма. Savage упоминаетъ одинъ случай Lemaistr'a и M. Camuset сообщилъ третій случай, гдѣ 45-лѣтній мужчина заболѣлъ экспанзивной формой; послѣ первой ремиссії въ этомъ случаѣ появился возвратъ въ ипохондрической формѣ; наступила вторая ремиссія и черезъ 6 мѣсяцевъ снова возвратъ, но уже въ формѣ паралитической деменціи безъ дрожи. Авторъ описываетъ слѣдующій случай циркулирующаго прогрессивнаго паралича. Stephan S., 35 лѣтъ, женатъ, чиновникъ. Отецъ его былъ пьяница; другихъ какихъ-либо наслѣдственныхъ моментовъ не было. По одному разсказу, отецъ его, капитанъ перваго ранга, во время плаванія упалъ съ своего корабля въ море въ пьяномъ видѣ и утонулъ, а по другому разсказу онъ бросился въ море съ корабля съ цѣлью самоубійства. Stephan S. былъ всегда экзальтированный и легко раздражимый человекъ. Передъ своей женитьбой онъ, изъ за любви къ своей будущей женѣ, переѣхалъ въру на іудейскую и настоялъ, чтобы надъ нимъ было совершено обрѣзаніе. За нѣсколько недѣль до его поступленія въ лечебницу, онъ слѣдился разсѣяннымъ и забывчивымъ, а вскорѣ послѣ этого безпокойнымъ и возбужденнымъ. Раньше съ своей женой онъ обращался самымъ нѣжнѣйшимъ образомъ, а потомъ въ присутствіи своей жены началъ вести непріятныя разговоры, обнимать и цѣловать служанокъ, а съ женой обращаться грубо. Затѣмъ его возбужденіе еще уве-

личилось; онъ принялся за большія спекуляціи и сдѣлался расточительнымъ. Рождественники, наконецъ, вынуждены были помѣстить его въ больницу, гдѣ онъ велъ себя очень неспокойно; былъ возбужденъ и очень много говорилъ, часто безсвязно. Расположеніе духа было непостоянно, но все таки преимущественно возвышенное; появились грандіозныя бредовыя идеи: онъ располагаетъ милліонами, онъ величайшій геній и будетъ королемъ въ Венгріи; самыя замѣчательныя люди—это его друзья; онъ безпрестанно отлавлялъ приказанія. Въ такомъ экспансивномъ стадіи онъ былъ принятъ въ лечебницу въ концѣ мая съ слѣдующимъ status praesens: ростъ больного равенъ 170 сант.; вѣсъ тѣла 45 килогр.; питаніе плохое. Зрачки сужены и лѣвый больше праваго; реакція на свѣтъ и аккомодация едва замѣтны. Языкъ дрожитъ и при высовываніи отклоняется на лѣво. Вкусовые и обонятельныя ощущенія нормальны, только запахъ assae foetidae онъ находитъ очень пріятнымъ; рѣчь нѣсколько замедлена и акцентуирована; походка невѣрная; правосторонній параличъ n. facialis; кожные сухожильные рефлексы значительно ослаблены; кожа лица блѣдна. Настроеніе духа веселое и возвышенное. Сознаніе окружающей обстановки нарушено. Слышитъ голосъ умершаго отца и говоритъ съ нимъ; болтливъ, высказываетъ нелѣпыя идеи грандіозности; онъ располагаетъ милліардами, Африка принадлежитъ ему и т. д. Больной дѣлается все неспокойнѣе и, наконецъ, доходитъ до маниакальных приступовъ. Ходъ представлений ускоренъ, разговоръ переходитъ съ одного предмета на другой и является безсвязной болтовней. Больной ни на секунду не остается на одномъ мѣстѣ; разрываетъ свое платье. Въ дальнѣйшемъ теченіи больной сдѣлался нечистоплотенъ, пачкалъ стѣны своими экскрементами, а иногда поѣдалъ ихъ; нелѣпыя идеи грандіозности продолжались; по ночамъ больной не спалъ, сильно исхудалъ, обезсилилъ и ноги сдѣлались отечными. Это маниакальное безпокойство продолжалось болѣе мѣсяца; приблизительно въ срединѣ сентября больной сдѣлался спокойнѣе, сообразительность улучшилась, но возвышенное настроеніе духа продолжалось. Физически больной также оправился, окрѣпъ, отечность ногъ прошла; мало по малу больной сдѣлался еще спокойнѣе, сонъ улучшился, но болтливость, веселое настроеніе духа и идеи грандіозности, хотя менѣе нелѣпыя, еще продолжались. Въ концѣ ноября мѣсяца онъ началъ заниматься въ канцеляріи писаніемъ и сниманіемъ копій съ бумагъ, производилъ это онъ довольно усердно и искусно, дѣлая сравнительно мало ошибокъ. Настроеніе духа въ это время было измѣнчивое: то возвышенное, то плаксивое. Тайкомъ онъ пилъ свою мочу, но иногда это онъ отрицалъ, а иногда называлъ именемъ «Rechame». Улучшеніе все ползвигалось впередъ, такъ что въ одну изъ ремиссій, послѣ 7 мѣсячнаго пребыванія въ лечебницѣ, больной былъ взятъ домой, хотя своей болѣзни онъ и въ это время не сознавалъ. Дома улучшеніе пошло еще дальше, ремиссія сдѣлалась постояннѣе, такъ что черезъ 1 мѣсяцъ больной могъ снова взяться за свое дѣло и весьма аккуратно его исполнять. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ больной началъ вести распутный образъ жизни, позволялъ себѣ излишества въ половомъ отношеніи, но могъ еще заниматься своимъ дѣломъ. Въ январѣ 88 г., слѣдо-

вательно спустя 1 годичную ремиссию, больной впалъ въ болѣе угнетенное настроеніе духа; у него пропало желаніе работать; появилась боязнь, что онъ не въ состояніи болѣе исполнять своихъ обязанностей и сдѣлался безпокойнымъ. Его боязливость достигла такой степени, что его жена принуждена была еще въ срединѣ января мѣсяца привезти его въ лечебницу. Въ это время больной представлялъ противоположную картину болѣзни. Расположеніе духа значительно угнетено. Отвѣты на вопросы даетъ послѣ долгихъ паузъ, медленно и едва понятно. Выраженіе лица печально и полно страданій. Однажды на него напалъ ужасный страхъ: онъ началъ дрожать, руки поднялъ къверху, какъ будто въ молѣбѣ и на его физиономіи ясно выразился ужасъ; онъ начиналъ въ это время обвинять самого себя, что онъ самый скверный человекъ во всемъ мірѣ, что онъ сдѣлалъ противъ старшаго врача величайшую поглость, какую только возможно сдѣлать, что онъ дѣйствовалъ противъ него и т. д. Это значительно угнетенное настроеніе духа и состояніе ужаса продолжалось 1 мѣсяць, а послѣ этого больной сдѣлался спокойнѣе и немного веселѣе. 25 марта въ письмѣ къ своей женѣ онъ писалъ: «чѣмъ мы будемъ теперь жить, когда мы растратили свое имущество; что станутъ дѣлать мои бѣдные дѣти, которыя очутились въ нуждѣ и нищетѣ». Дальше онъ обвинялъ самого себя, что онъ причиной этого и что онъ не можетъ снова такъ хорошо вести свои дѣла; Богъ за все это его накажетъ. Не смотря на такія мрачныя мысли, онъ не впалъ однако въ прежнее депрессивное настроеніе духа, но даже повеселѣлъ, когда узналъ, что жена возьметъ его скоро домой. Итакъ, въ началѣ апрѣля, во время 2-й ремиссии, послѣ 3-хъ мѣсячнаго пребыванія въ лечебницѣ онъ снова возвратился домой. Вторая ремиссия продолжалась 5 мѣсяцевъ, когда около середины сентября вечеромъ послѣ сытнаго обѣда съ нимъ случился паралитический припадокъ. На слѣдующій же день онъ возвратился въ лечебницу съ лѣвосторонней гемиплегіей и потерей рѣчи. Какъ видимъ, больной въ этомъ случаѣ былъ въ рѣзко маниакальномъ состояніи; но при тщательномъ наблюденіи нелѣпыя идеи грандіозности и, хотя слабо выраженные, явленія паралича не оставляютъ сомнѣнія о вѣрности діагноза—прогрессивнаго паралича. Въ первой фазѣ въ маниакальномъ періодѣ еще возможно было бы допустить ошибку, но во 2-й фазѣ, когда появился бредъ, боязнь, меланхолическое настроеніе духа и бредъ самообвиненія, сомнѣваться невозможно. Весьма интересно при этой формѣ болѣзни то, что вначалѣ она произвѣляетъ на наблюдателя впечатлѣніе несомнѣннаго паралича, но, при переходѣ болѣзни въ боязливое настроеніе духа или въ полнѣйшую апатію, вѣрность діагноза опять дѣлается сомнительной; авторъ это явленіе считаетъ очень характернымъ для описанной формы прогрессивнаго паралича. Savage въ своемъ руководствѣ также упоминаетъ, что въ такихъ случаяхъ контрастъ въ различныхъ фазахъ теченія болѣзни такъ удивителенъ, что онъ въ каждомъ случаѣ снова сомнѣвался въ вѣрности діагноза. Но неравномѣрность отдѣльныхъ фазъ, явленія скоро прогрессирующей физической слабости и все дальнѣйшее теченіе болѣзни, при чемъ каждый приступъ оставляетъ за собой нѣкоторые физическіе дефекты, скоро разсѣиваютъ всякое сомнѣніе относительно вѣрности діагноза.

ноза. Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ послѣ 2-й фазы или вѣрнѣе во время второй ремиссии показалась обыкновенная картина наследственнаго паралича. Наслѣдственность, которая при каждомъ циркулирующемъ психозѣ, играетъ выдающуюся роль, не отсутствовала также и въ этомъ случаѣ. *Д. И. Поляковъ.*

**Prof. Pick,** О периферическомъ нейритѣ при Dementia paralytica и компликаціи этой послѣдней съ тупоуміемъ (Imbecillitas) (Ueber peripherische Neuritis im Verlaufe der Dementia paralytica, Berl. klin. Wochenschr., 1890, 47).

Въ началѣ статьи авторъ перечисляетъ патолого-гистологическія работы о периферическомъ нейритѣ при Dementia paralytica, количество которыхъ оказывается незначительнымъ. Первая принадлежитъ Bevan Lewis'у; потомъ Dejerine показалъ воспалительныя измѣненія на отдѣльныхъ нервныхъ стволахъ; Bianchi упоминаетъ о распространенной дегенерации периферическихъ нервовъ, особенно моторныхъ, — кромѣ того авторъ указываетъ нѣсколько работъ съ отрицательными результатами. Относительно клиническихъ наблюдений по этому вопросу свѣдѣнія наши еще ограниченнѣе. Что касается компликаціи Dementia paralytica съ Imbecillitas, то это явленіе крайне рѣдкое и въ литературѣ мало обнародовано такихъ случаевъ. Первый Morel (въ 1860) упоминаетъ о подобномъ случаѣ; Christian болѣе подробно сообщилъ въ 1881 г. о такой компликаціи; затѣмъ извѣстенъ случай Foville; Pick въ своемъ сочиненіи „о комбинаціи врожденныхъ состояній психической слабости съ другими формами душевныхъ болѣзней“ упоминаетъ о подобной компликаціи; Sighicelli сообщаетъ случаи Dementia paralytica у тупоумнаго эпилептика и, наконецъ, Arnaud описалъ еще одинъ случай. Вотъ и все, что извѣстно по данному вопросу. Въ настоящей статьѣ Pick сообщаетъ два случая, изъ которыхъ въ первомъ у одного явно тупоумнаго и рахитическаго субъекта развился необыкновенно рано, въ 23 года, прогрессивный параличъ, который повелъ къ смерти и далъ характерныя измѣненія въ мозгу, найденныя при секціи. Никакой обыкновенной причины столь ранняго развитія паралича (ни алкоголизма, ни сифилиса) здѣсь не было, почему авторъ появленіе его ставитъ прямо въ зависимость отъ измѣненій въ мозгу вслѣдствіе Imbecillitas. Въ этомъ случаѣ въ продолженіи 4-хъ мѣсяцевъ наблюдался периферическій параличъ n. peronei съ реакціей перерожденія. Во второмъ случаѣ у женщины 38 лѣтъ, страдавшей прогрессивнымъ параличемъ, въ теченіи его развился параличъ n. peronei sinistri периферическаго происхожденія. Въ заключеніе статьи Pick высказываетъ мнѣніе, что прогрессивный параличъ стоитъ въ такомъ же отношеніи къ периферическому нейриту, какъ это вполне доказано для tabes dorsualis.

*П. П. Платовъ.*

**Prof Rosenbach** О психической терапіи внутреннихъ болѣзней (Ueber psychisch: Therapie innerer Krankheiten, Neurolog Centralb., 1890, № 23).

Авторъ считаетъ гипнотическое внушеніе спеціальнымъ способомъ психической терапіи, рѣзко отличающимся отъ методовъ обученія, упражненія, укрѣпленія воли и силы сопро-

тивляемости, дѣйствующихъ скорѣ воспитательно. Только врачъ долженъ примѣнять психическую терапію, такъ какъ нужно знать, какой методъ ея въ данномъ случаѣ долженъ быть употребленъ: внушеніе, воспитаніе или возбужденіе воли; тѣмъ болѣе что подобная терапія не всегда безопасна. Р. психическое внушеніе основывается на психологическихъ актахъ,—на возбужденіи извѣстныхъ представленій; почему результаты такого леченія получаютъ при болѣзняхъ, зависящихъ отъ психики и проявляющихся въ такъ наз. психической сферѣ. Дѣло касается субъектовъ, которые были-бы здоровы, если-бы ихъ воля и мыслямъ дать другое направленіе. ихъ умамъ другое содержаніе (при ипохондріи, патологическомъ, неврастениі, истеріи). Здѣсь безусловно показывается психическое внушеніе. Производить его можно двояко: интеллигентныхъ больныхъ достаточно увѣрить, что у нихъ нѣтъ никакого органическаго страданія и показать имъ это объективно. Это приѣмъ воспитательный, дѣйствующей на интеллектъ больныхъ, результатъ котораго можно усилить методической дисциплиной ихъ ощущеній и движеній. У больныхъ неразвитыхъ сперва нужно узнать, какой формѣ леченія болѣе всего довѣряетъ больной, фармацевтической, механической, электрической, мистической, и т. д. и подъ этимъ покровомъ употреблять другіе воспитательные приѣмы. Въ другомъ рядѣ случаевъ, гдѣ дѣло идетъ о недостаткѣ самообладанія больного, часто вслѣдствіе снисхожденія родныхъ, рекомендуются мѣры запугивающія, крупныя—удаленіе подлѣ наблюденіе чужихъ, сильную фарадизацію, которая бываетъ особенно полезна при ослабленіи интеллекта больныхъ и у дѣтей. Кромѣ того психическая терапія можетъ быть употребляема съ діагностическими и прогностическими цѣлями. Какъ для терапіи вообще, для психической-же въ особенности, важно, чтобы больной вполнѣ довѣрялъ употребляемому методу леченія.

П. П. Платовъ.

**Dr. Kloor.** Случай Броунъ-Секаровскаго паралича (Ein Fall von Brown-Sequard's Lahmung, Neurol. Centralbl., 91 г. № 2).

Авторъ сообщаетъ случай Броунъ-Секаровскаго паралича у одного 35-ти лѣтняго рабочаго послѣ раненія спины ножомъ въѣвъ отъ средней линіи. У него явился параличъ лѣвой ноги и потеря чувствительности на правой; лѣвая нога потѣла сильнѣе правой. Черезъ годъ параличъ ноги улучшился на столько, что больной могъ приняться за работу, но потеря чувствительности осталась неизмѣнной. Рану онъ получилъ осенью 78 года, а въ іюнѣ 90 г. у него появились ланцинирующія невралгическія боли вдоль задней поверхности лѣвой ноги; мускулы этой ноги были слегка атрофированы, больной ощущалъ зудъ и ползанье мурашекъ въ ней. По ходу п. Ischiadici находились болсвыя точки на обычныхъ мѣстахъ. Разницы температуры конечностей не было. Плантарный и пателлярный рефлексъ были сильно повышены на лѣвой и понижены на правой сторонѣ. Подъ лѣвой криватурой констатировался анестетическій поясъ, шириною около 3 пальцевъ; походка больного была затрудненной, тяжелой; гиперестезія нигдѣ не была. Сѣдалищныя боли прошли при употребленіи массажа, ваннъ и антифебрина, явленія же паралича остались неизмѣнными. Случай этотъ очень типиченъ; отступленіемъ служить



только то, что не было гиперэстезии на моторно-паретической сторонѣ, которая является тотчасъ за поврежденіемъ, и что мускульное чувство на лѣвой сторонѣ было сохранено. Но придавать большое значеніе этимъ отступленіямъ въ данномъ случаѣ нельзя въ виду давняго существованія паралича. *П. П. Платовъ.*

**Dr. Steinkopf.** Объ этиології малой хорей (Ueber die Aetiologie der Chorea minor, Neurol. Centralblatt., 91 г., № 2).

Авторъ, на основаніи своихъ наблюденій, пришелъ къ тому заключенію, что къ появленію хорей предрасполагаютъ слѣдующія условія: возрастъ отъ 6 до 15 лѣтъ, женскій полъ, нейропатическая наследственность, холодное время года. Два случая изъ его наблюденій касались хорей беременных, 10 разъ причиной заболѣванія послужилъ испугъ. Для происхожденія хорей, являющейся чрезъ подражаніе, принимается истерическое предрасположеніе. Часто хорей является въ заключеніе острыхъ инфекціонныхъ болѣзней. Авторъ допускаетъ связь хорей съ острымъ сочленовымъ ревматизмомъ и эндокардитомъ; онъ связь обоихъ заболѣваній объясняетъ бациллярной теоріей. *П. П. Платовъ.*

**Dr. Wihmann,**—Эпидемія пляски св. Витта въ Вильбадѣ (Eine sogenannte Veifstanzepidemie in Wilbad, Deutsch. med. Wochenschr. (1890).

Авторъ сообщаетъ объ эпидеміи хорей въ одной школѣ, охватившей 18 дѣвушекъ и 8 мальчиковъ. У 5-ти дѣвочекъ дѣло шло о chorea minor, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ о ритмической хорей. Характеръ эпидеміи былъ истерическій. Заболѣваніе охватило такое большое количество дѣтей вслѣдствіе того, что заболѣвшія не были удалены изъ школы. *П. П. Платовъ.*

**Dr. Schoemann,** Хорей, явившаяся чрезъ подражаніе (Chorea, durch Nachahmung choreatischer Bewegungen von einer anderen Patientin acquirirt, Neurol. Centr., 1891, 2).

Sch. описываетъ случай хорей, развившейся у одной хлоротической дѣвушки, вслѣдствіе совместнаго пребыванія съ другой больной, страдавшей хореей. Изоляція, спокойное положеніе въ постели и Chloralhydrat (2—6 grm. pro die) въ двѣ недѣли прервали болѣзнь. *П. П. Платовъ.*

**Dr. Grosse,** Хорей взрослыхъ и возвратный эндокардитъ (Chorea Erwachsener und Endocarditis recurrens, Berl. klin. Wochenschr., 1889).

Авторъ сообщаетъ два случая хорей у взрослыхъ мужчинъ, которые закончились секціей; при секціи найденъ былъ въ мозгу отекъ, гиперемія; въ сердцѣ возвратный эндокардитъ. Авторъ присоединяется къ мнѣнію Broadbent'a и Ziemssen'a, что капиллярныя эмболіи въ мозгу эндокардическихъ отложеніи обуславливаютъ происхожденіе хорей, такъ что на эндокардитъ нужно смотрѣть какъ на первичное заболѣваніе. Особенно важнымъ кажется для автора то обстоятельство, что въ его случаяхъ эндокардитъ былъ возвратнымъ и что найденныя острые измѣненія на эндокартѣ можно поставить въ связь съ появленіемъ новыхъ приступовъ хорей.



*П. П. Платовъ.*

**Dr. Burr**, Unusual cases of chorea, possibly involving the spinal cord, *Journal of nervous and ment. Diseases*, 1890.

Въ этой статьѣ сообщаются три случая, касающіеся больныхъ съ хореатическими движеніями, которые могутъ быть съ вѣроятностью отнесены на соучастіе въ пораженіи спинного мозга. Въ первомъ случаѣ (у юноши 19 лѣтъ) прямая наследственность отъ бабушки и матери; психика нормальна, но очень медленное душевное и тѣлесное развитіе; съ дѣтства очень рѣзко выраженная хорея всего тѣла. Два другіе случая касаются братьевъ, отецъ которыхъ до самой смерти въ продолженіе 20-ти лѣтъ страдалъ судорогами нижнихъ конечностей. Младшій братъ 46 лѣтъ отъ роду страдаетъ съ 21-го года лѣвостороннимъ *tic convulsif*; позже присоединилась *hemichorea dextra*. Старшій—52 лѣтъ отъ роду страдаетъ съ 20-ти лѣтъ клоническими судорогами нижнихъ конечностей, парезомъ сфинктеровъ, отсутствіемъ рефлексовъ; хореатическія движенія наступаютъ только тогда, когда больной сидитъ или лежитъ. Въ первомъ случаѣ душевныя волненія ухудшаютъ состояніе; въ третьемъ же паденіе барометра приноситъ существенное ухудшеніе болѣзни.

II. П. Платовъ.

**Dr. Cramer**, О чувствительныхъ разстройствахъ при первичныхъ психозахъ (*Ueber eine bestimmte Gruppe von Sinnestauschungen bei primären Stimmungsanomalien*, *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, XL VII, 3—4, 1890).

Авторъ полагаетъ, что въ основѣ меланхоліи и маніи лежитъ усиленное напряженіе, или же, напротивъ, пониженіе тонуса гладкихъ мускульныхъ волоконъ кровеносныхъ сосудовъ мозга и, какъ слѣдствіе этого, въ одномъ случаѣ уменьшенный притокъ крови, а въ другомъ увеличенный притокъ крови (*Cramer, Lange Mosso*); въ зависимости отъ этого большаго или меньшаго напряженія стоитъ большая или меньшая функція органа. Не слѣдуетъ думать, чтобы это напряженіе или ослабленіе распространялось равномерно на весь организмъ,—напротивъ, оно далеко неодинаково въ различныхъ частяхъ его. Въ числѣ многихъ аномалій при меланхоліи видное мѣсто занимаетъ предсердечная тоска. Въ основѣ ея лежитъ ослабленная дѣятельность моторнаго дыхательнаго аппарата, зависящая отъ недостаточнаго питанія спастически сужеными сосудами двигательныхъ центровъ и обуславливающая недостаточную дѣятельность сердца и окисленіе. При маніи наблюдаются совершенно обратныя явленія. Какая же причина лежитъ въ основѣ этихъ спастическихъ явленій, обуславливающихъ недостаточную дѣятельность діафрагмы и дыхательныхъ мускуловъ и послѣдовательно, чувство тоски и страха? Прежде всего въ этомъ играетъ важную роль *n. sympathicus*, а затѣмъ автоинтоксикація,—примѣрами чего можетъ служить явленіе тоски и страха при отравленіи мускариномъ, при бери—бери и пр. За спазмъ сосудовъ при меланхоліи говорятъ еще слѣдующія явленія: блѣдность лица у меланхоликовъ и краснота у маниаковъ,—существованіе *cutis anserina* при меланхоліи и при нормальномъ страхѣ,—усиленное сокращеніе мочевого пузыря какъ при высшихъ проявленіяхъ страха, такъ и при меланхоліи,—какъ при страхѣ, такъ и при

меланхоліи волосы становятся лыбомъ,—наконецъ, непроизвольное отдѣленіе экскрементовъ какъ при нормальномъ страхѣ, такъ и при меланхолическомъ ужасѣ. Измѣненія въ области сердца при меланхоліи являются вторично и послѣдовательно отъ измѣненной дѣятельности дыхательныхъ мускуловъ.—слѣдствіемъ этого будетъ недостаточный притокъ крови къ легкимъ и недостаточное окисленіе ея, которое въ свою очередь опять таки отражается на дѣятельности сердца. Авторъ задается вопросомъ: куда дѣвается та часть крови, которая, вслѣдствіе суженія кровеносныхъ сосудовъ въ мозгу при страхѣ, не можетъ быть въ области черепа, и думаетъ, что она частью компенсируется венами живота, а частью усиленнымъ выдѣленіемъ почекъ, подъ вліяніемъ повышеннаго давленія въ нихъ.—По мнѣнію автора, насильственные представленія насильственная рѣчь и проч. у меланхоликовъ обуславливаются галлюцинаціями мускульнаго чувства и зависятъ отъ частичнаго спазма сосудовъ, питающихъ моторные центры рѣчи.

*Д. Н. Поляковъ.*

**D-r Gerlach,** О связи конституціональнаго сифилиса съ спинной сухоткой и прогрессивнымъ параличемъ (Ueber die Beziehungen der constitutionellen Syphilis zur Tabes dorsualis und progressiven Paralyse).

Для отвѣта на этотъ вопросъ авторъ пользовался, кромѣ основныхъ свѣдѣній литературы, матеріаломъ изъ Hall'ской клиники нервныхъ и душевныхъ болѣзней. Изъ всего числа принятыхъ болѣзныхъ подходили для этой цѣли 156, что составляетъ три четверти всѣхъ случаевъ, — именно. 35 табетиковъ, 115 паралитиковъ и 6 случаевъ комбинаціи обоихъ заболѣваній. Они были распределены по этиологическому моменту на 4 группы: 1) сифилисъ несомнѣнный; 2) сифилисъ вѣроятный; 3) трипперъ, 4) никакой ясной инфекціи. Первая группа обнимаетъ собою 56,25% табетиковъ мужчинъ, вторая группа 21,9% мужчинъ и 33,3% женщинъ. Изъ 103 паралитиковъ мужчинъ къ первой группѣ принадлежало 50,5%; ко второй 17,5%, — у 12 женщинъ превышала группа вторая 58,7% надъ 15,7%, относящихся къ первой группѣ. Авторъ производилъ также изслѣдованіе того, какъ скоро послѣ инфекціи наступаютъ первые признаки начинающагося Tabes'a или паралича, вопросу, которому посвящены многочисленныя наблюденія въ литературѣ. Онъ дѣлаетъ выводъ, что промежутокъ между инфекціей и появленіемъ названныхъ болѣзней дѣлается всегда короче съ возрастомъ паціентовъ. Можно думать, что болѣе старыи возрастъ уже самъ по себѣ пріобрѣтаетъ значеніе этиологическаго момента, можетъ быть, вслѣдствіе большой длительности другихъ вредныхъ вліяній. Далѣе, кажется вѣроятнымъ, что тѣ случаи lues'a которые представляли только незначительныя явленія или протекали медленно, прямо могутъ повести къ названнымъ болѣзнямъ. На основаніи обработаннаго матеріала, авторъ въ заключеніе высказываетъ свой взглядъ, что можно искать причину для одной части заболѣваній Tabes'омъ и параличемъ въ другихъ вредныхъ моментахъ, но важнѣйшей причиной все-таки должно считать lues.

*И. П. Платовъ.*

**D-r Klenke**, Къ электротерапіи нейрозовъ (*Zeitschr. für Therapie*, 90, № 23).—Авторъ, основываясь на своихъ наблюденіяхъ, выступаетъ въ защиту отрицаемой многими (Мобіус'омъ и Берлинской школой) пользы общей электризаціи при нейрозахъ. Въ большемъ числѣ случаевъ вазомоторныхъ нейрозовъ различныхъ областей нервной системы авторъ наблюдалъ хорошіе результаты отъ гальванизации сосудистыхъ центровъ. При заболѣваніяхъ вазомоторовъ въ области лица и ушей, при вазомоторномъ параличѣ верхней конечности, при мигрени и пр. нейрозахъ К1. успѣшно гальванизировалъ, ставя катодъ на шейный треугольникъ, межлопаточную область, или на область желудка (смотря по локализаци болѣзни), а анодъ — на какое-либо индифферентное мѣсто. Успѣхъ описаннаго метода электризаціи К1. объясняетъ отвлекающимъ содѣйствіемъ катода, какъ извѣстно, вызывающаго приливъ крови къ мѣсту своего приложенія. Въ другихъ случаяхъ авторъ достигалъ излеченія при помощи рефлекторнаго дѣйствія со стороны другихъ нервовъ; такъ напримѣръ, свѣжія невралгіи тройничнаго нерва быстро исчезали послѣ сильной фарадизаціи лицеваго нерва; застарѣлое (семи-лѣтнее) страданіе шумомъ въ ушахъ совсѣмъ исчезло одновременно съ тазовой невралгіей, леченной электричествомъ; симптомы множественнаго склероза исчезали при вышеописанномъ способѣ электризаціи нерва. *С. Н. Совѣтовъ.*

**D-r Frenkel**, Къ механическому леченію атаксіи (*Neurolog. Centralb.*, 1890, № 20; *Новости терапіи*, 1890, 50). Собственными наблюденіями авторъ убѣдился въ прекрасномъ дѣйствіи методическихъ движеній при атаксіи тѣхъ или другихъ областей мышечной системы. Такъ, напримѣръ, при атаксіи мышцъ руки авторъ заставляетъ больного ежедневно, въ теченіи одного или двухъ часовъ, выводить, по прописи, длинныя прямыя линіи или разныя круги, писать свою фамилію, попадать концами пальцевъ въ указанныя точки и т. д. При атаксіи мышцъ нижней конечности столь тонкія упражненія не выполнимы, да и ненужны: здѣсь цѣль достигается всего проще тѣмъ, что больного заставляютъ болѣе или менѣе продолжительное время ходить по черной полосѣ, шириною въ подошву, нарисованной на полу. Поворачиваніе ноги упражняется также на полу, по нарисованному кругу. — Терпѣнія при всемъ этомъ требуется, конечно, не мало, — какъ со стороны врача, такъ и со стороны больного; но за то — достигаящимися результатами потраченные труды вполнѣ оплачиваются. *С. Н. Совѣтовъ.*

**Prof. Ziehen**, Руководство по физиологической психологіи (*Leitfaden der physiologischen Psychologie*, 1891). Авторъ въ 14 лекціяхъ изложилъ существенную часть ученія по физиологической психологіи. Въ первой главѣ авторъ излагаетъ общій взглядъ на излагаемый предметъ, — во второй и третьей главахъ разсматриваются ощущенія, ассоціаціи и поступки. Съ четвертой по седьмую главы содержатъ ученіе объ органахъ чувствъ. Въ дальнѣйшихъ главахъ излагаются память, быстрота идейной ассоціаціи, вниманіе, сонъ, гипнозъ и воля. Вся психологія изложена коротко и ясно, безъ лишннихъ метафизическихъ разглагольствованій. Книга можетъ быть очень полезною и переводъ ея на русскій языкъ весьма желателенъ. *П. Н. Лауценко.*

**D-r Edgard Bérillon**, Указанія къ употребленію гипнотическаго внушенія въ психіатріи и нейропатологіи (*Les indication formelles de la suggestion hypnotique en psychiatrie et en neuropathologie*. Paris, 1891).

Авторъ, на основаніи собственныхъ наблюденій и наблюденій другихъ лицъ, находитъ, что гипнотическое внушеніе составляетъ въ нейропатологіи и психіатріи превосходное терапевтическое средство. Кромѣ того употребляемое опытными врачами оно представляется совершенно безвреднымъ и не подвергается большаго никакой опасности. Авторъ производилъ гипнотическое внушеніе въ клиникѣ нервныхъ и душевныхъ больныхъ на 360 субъектахъ. Больные раздѣлились на три класса: 265 женщинъ, 50 мужчинъ и 45 дѣтей. Болѣзни, при которыхъ примѣнялся гипнотизмъ авторъ раздѣляетъ на слѣдующія пять группъ 1) неврозы, 2) органическія заболѣванія нервной системы, 3) нейрастенія и нейропатія, 4) душевные заболѣванія, 5) нервныя заболѣванія у дѣтей. Изъ неврозовъ авторъ имѣлъ слѣдующіе: истерію, пляску св. Вита, двигательный параличъ (болѣзнь Parkinson'a), эпилепсію, мѣстную асфиксію, ночной сомнамбулизмъ. Изъ числа 360 больныхъ было 155 истеричныхъ, гдѣ, производя внушеніе, авторъ почти во всѣхъ случаяхъ имѣлъ успѣхъ и находитъ, что употребленіе его безусловно показуется: 1) противъ конвульсивныхъ приступовъ и противъ симптомовъ, которые могутъ слѣдовать непосредственно за приступами (параличи, контрактуры, спазмы, анестезіи, амаврозы и т. п.); 2) въ случаяхъ малосимптоматической истеріи (моноплегія, истерическая нѣмота, афонія, икота, рвота, кашель, одышка, блефароспазмъ, дискроматопсія, ритмическая хорія и т. п.); 3) противъ явленій простой истеріи (бессонница, анорексія, диспепсія, запоръ, менструальныя и кишечныя расстройства, невралгіи и т. п.); 4) противъ душевныхъ расстройствъ истерической натуры. Изъ 20 случаевъ пляски св. Вита въ 15 сначала получилось улучшеніе, а затѣмъ и выздоровленіе. Улучшеніе заключалось въ томъ, что замедлялся переходъ болѣзни въ хроническое состояніе, уменьшались шансы возврата болѣзни и наконецъ улучшалось общее состояніе больного. При двигательномъ параличѣ (болѣзнь Parkinson'a) авторъ во всѣхъ случаяхъ (всѣхъ было 5) получилъ почти что отрицательные результаты. Изъ 20 эпилептиковъ, леченныхъ внушеніемъ, благопріятные результаты были достигнуты только у 4; у шести больныхъ получилось скорое исчезновеніе головокруженій, у одного прошло недержаніе мочи, затѣмъ у нѣкоторыхъ замѣчалось улучшеніе памяти. Что касается мѣстной асфиксіи и ночнаго сомнамбулизма, то здѣсь результаты получались всегда благопріятные. При органическихъ заболѣваніяхъ нервной системы (долговременный параличъ половины тѣла, хроническое воспаленіе спиннаго мозга) авторъ наблюдалъ небольшое улучшеніе, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и выздоровленіе. Больныхъ нейрастеніей авторъ имѣлъ 10 довольно серьезныхъ, которые отъ внушенія получили не только улучшеніе, но и совершенное выздоровленіе. Что же касается всякаго рода головныхъ болей, мигрени, зубной нервной боли, нервной боли въ бедренной части ногъ, хроническаго ревматизма, то авторъ всегда наблюдалъ превосходное дѣйствіе внушенія. Изъ

душевных заболѣваній, при которыхъ получались благопріятные результаты, авторъ называетъ: меланхолію, дипсоманію, агорофобію, folie du doute извращенія половые чувства, склонность къ убійству и самоубійству. Наконецъ, что касается нервныхъ заболѣваній у дѣтей, то авторъ съ успѣхомъ примѣнялъ внушеніе въ слѣдующихъ случаяхъ: при ночномъ и дневномъ недержаніи мочи и кала, блефароспазмѣ, пляскѣ св. Вита, непреодолимомъ онанизмѣ, заиканіи, ночномъ страхѣ, лѣности и порочныхъ привычкахъ. Самые лучшіе результаты авторъ получалъ при недержаніи мочи, причемъ излеченіе часто наступало уже послѣ одного сеанса.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr. J. Roubinovitch**, Истерія у мужчинъ и вырожденіе (Hystérie mâle et dégénérescence. Paris, 1890.

Авторъ, наблюдая истерическихъ мужчинъ (всѣхъ наблюденій было 40; 10 собственныхъ и 30 д-ра Magnan'a), находилъ частое совпаденіе истеріи съ вырожденіемъ и на основаніи этого полагаетъ, что истерія у мужчинъ имѣетъ тѣсную связь съ вырожденіемъ. Всѣ индивидуумы, наблюдаемые авторомъ, представлялись существами аномальными не только съ точки зрѣнія физической, но особенно съ точки зрѣнія моральной и интеллектуальной.—Такъ напр., у одного больного наблюдалась асиметрія ушей, неправильность небной дужки; съ молодыхъ лѣтъ онъ имѣлъ причудливый вкусъ, былъ слабоуменъ, характеръ имѣлъ злой, занимался бродяжничествомъ. Другой больной былъ атлетическаго сложения, обладалъ громадною физической силой; черепъ у этого больного былъ необыкновенно великъ съ маленькимъ лбомъ и безъ затылочныхъ бугровъ. небный сводъ представлялся совершенно гладкимъ; кромѣ этого больной имѣлъ еще непреодолимую склонность къ убійству и самоубійству.—Затѣмъ, по наблюденіямъ автора, больные такого рода до извѣстнаго возраста бываютъ свободны отъ всякой опасности заболѣть; они кажутся только странными, оригинальными, жалкими, склонными къ уединенію, хотя моральный упадокъ въ это время бываетъ уже очевиденъ, затѣмъ подъ вліяніемъ травматическихъ поврежденій, алкоголя и другихъ эксцессовъ, инфекціонныхъ и сыпныхъ болѣзней, лихорадокъ, большихъ моральныхъ потрясеній и т. п. могутъ появиться и тяжелыя явленія психическаго расстройства.—Такъ, по словамъ автора, у одного больного приступы истеріи появились послѣ удара вилами въ спину, у другого послѣ злоупотребленія алкоголемъ.—Безъ сомнѣнія, говоритъ авторъ, большая часть подобнаго рода индивидуумовъ, носящая въ себѣ элементы патологической конституціи, можетъ жить и умирать, не имѣя никакихъ нервныхъ или тяжелыхъ психическихъ расстройствъ; такіе субъекты сохраняютъ это наследственное предрасположеніе въ скрытомъ состояніи и это происходитъ, какъ говоритъ авторъ, благодаря благопріятнымъ условіямъ воспитанія, или благодаря соотвѣтственному лѣченію. Но тѣ наследственно вырождающіеся, у которыхъ съ лѣтства проявленіе нервъ, какъ и психическихъ функций, находится совершенно ослабленнымъ, не оказываются способными противустоять противъ малѣйшихъ жизненныхъ толчковъ и у нихъ различныя вредно дѣйствующіе жизненные толчки легко вызываютъ психическое заболѣваніе. Такимъ образомъ, если у такого индивидуума въ

дѣтствѣ была склонность къ возбужденію, то, подъ вліяніемъ вредныхъ напитковъ, онъ можетъ въ послѣдствіи заболѣть агорафобіей, клаустрофобіей и т. п., даѣе, если въ истеріи ребенка первое мѣсто занимаетъ интеллектуальное расстройство, то взрослымъ онъ можетъ быть одержимъ бѣсомъ, ономатоманомъ; если же выступаетъ на первый планъ общая чувствительность, то позднѣе индивидуумъ становится ипохондрикомъ; наконецъ, если выступаютъ на сцену рефлекторно-моторныя расстройства, то появляется эпилепсія, истерія и т. п.—Затѣмъ можетъ случиться, что расстройства интеллектуальное, чувственно-сенсоріальное и моторно-рефлекторное, существуютъ разомъ у одного и того же ребенка, тогда у взрослого психическія и нервныя расстройства также могутъ появиться разомъ и у одного и того же субъекта мы найдемъ геміанэстезію, ограниченность поля зрѣнія, конвульсивныя припадки; однимъ словомъ истерію, соединенную съ folie du doute, ономатоманіей, съ импульсами къ самоубійству и убійству, съ расстройствомъ генитальнаго чувства, съ всевозможными моральными и органическими пороками и психическими аномаліями. Въ заключеніе авторъ говоритъ, что, если истерія занимаетъ большую часть клинической картины, то не слѣдуетъ пренебрегать розысканіемъ психическихъ и физическихъ признаковъ дегенераціи, такъ какъ съ прогностической точки зрѣнія подобнаго рода признаки имѣютъ громадное значеніе, указывая на болѣзненный источникъ происхожденія истеріи и предрасположеніе къ психическимъ расстройствамъ, столь тѣсно связаннымъ съ истерическими приступами.

*В. А. Тихонировъ.*

**Prof. Cesare Lombroso**, Уголовная антропологія и ея послѣдніе успѣхи (Cesare Lombroso, L'anthropologie Criminelle et ses récents progres, Paris. Alcan, 1890).

Знаменитый туринскій профессоръ издалъ отдѣльною книгою и въ обработанномъ видѣ доклады, слѣданные имъ на Парижскомъ конгрессѣ уголовной антропологіи въ 1889 году. Извѣстно, что взгляды Ломброзо подверглись на этомъ конгрессѣ сильной критикѣ со стороны французскихъ ученыхъ. Свою полемику съ Мануврье, Топинаромъ, Маньяномъ и др., Ломброзо продолжаетъ и во введеніи къ настоящей книгѣ, но доводы его, къ сожалѣнію не отличаются убѣдительностью. Первые четыре главы сборника представляютъ собою вступительный докладъ Ломброзо о новѣйшихъ успѣхахъ уголовной антропологіи, которымъ онъ открылъ за сѣданіе конгресса. Авторъ подробно излагаетъ результаты, полученные изслѣдователями въ этой области съ 1885 года, со времени Римскаго конгресса. Первая глава посвящена описанію анатомическихъ особенностей преступниковъ, вторая глава трактуетъ объ ихъ фізіологическихъ аномаліяхъ, изъ которыхъ наиболѣе интересны явленія болевой нечувствительности (аналгезіи) у преступниковъ, а также любовь ихъ къ татуировкѣ. По забавному признанію воровъ обширный татуажъ служить у нихъ знакомъ отличія, подобно черному фраку и орденамъ въ большемъ свѣтѣ. Коснувшись въ третьей главѣ преступниковъ случайныхъ, Ломброзо подробно излагаетъ въ четвертой главѣ свой взглядъ на связь между эпилепсіею и преступностью. Къ знаменитой параллели между гениемъ и помѣшательствомъ авторъ прибавляетъ теперь

и преступность. Онъ находитъ, что въ основѣ всѣхъ этихъ явленій лежатъ дегенеративныя психозы, принадлежащія къ группѣ эпилепсій; въ наивысшихъ проявленіяхъ генія, въ творческомъ вдохновеніи онъ видитъ не болѣе, какъ психоэпилептическій припадокъ. Слѣдующія двѣ главы, пятая и шестая, касаются устройства тюремъ и вопроса о политическихъ преступленіяхъ, для которыхъ Ломброзо считаетъ наиболѣе важнымъ факторомъ климатъ (?). Последняя глава описываетъ вкратцѣ результаты Лиссабонскаго (въ апрѣлѣ 1889) и Антверпенскаго (въ августѣ 1889) уголовныхъ конгрессовъ, и оканчивается изъясненіемъ благодарности устроителямъ и распорядителямъ Парижскаго съѣзда, тремъ изъ которыхъ, Бруарделю, Мотэ и Русселю, какъ «апостоламъ уголовной антропологіи во Франціи», Ломброзо посвящаетъ настоящую книгу. Д. С.

**D-r V. Galippe,** О мнимыхъ язвахъ языка, разсматриваемыхъ какъ нейропатологическія явленія (*Des ulcérations imaginaires de la langue* [considérées com des phénomènes d'ordre neuropathologiques. *Archives de neurol.* № 61, 1891).

О зубномъ бѣшенствѣ (*De l'obsession dentaire.* *Arch. de neurol.* № 61, 1891).

Въ своей статьѣ авторъ описываетъ мнимыя заболѣванія языка и полости рта, обязанныя своимъ происхожденіемъ разстройству нервной системы.—Болѣзни такого рода часто сопровождаются дѣйствительными мѣстными страданіями, но причины ихъ всегда бываютъ крайне невѣроятны и неточны.—Напр. одна дама, поучувавъ умершаго отъ рака, вообразила, что у нея отъ этого тоже развивается ракъ нижней губы.—Больная постоянно находилась въ ужасѣ и ежеминутно ожидала проявленія болѣзни. Особенно ее беспокоило расширение венъ на внутренней поверхности нижней губы и это расширение она считала за начало рака. Другая больная явилась также съ заявленіемъ, что у нея ракъ языка, жаловалась при этомъ на значительное вздутие его и непріятное ощущеніе во рту. При осмотрѣ оказалось, что языкъ не былъ вздутъ и все было нормально, на основаніи же языка находилось довольно значительное расширение венъ. Обѣ больныя были нейропатки. Наконецъ третья больная, принадлежащая также къ категоріи нейропатоковъ, вообразила, что у нея тоже ракъ, и что случилось это послѣ того, какъ умеръ одинъ изъ ея друзей отъ рака языка. Больной казалось, что правая сторона языка была краснѣе и чувствительнѣе лѣвой и сосочки были увеличены. Кромѣ этого жаловалась на ненормальный жаръ въ этой части языка и колотье въ языкѣ. Авторъ говоритъ, что, varices служили пунктомъ, гдѣ, по словамъ больныхъ, начинался ракъ. Другихъ мѣстныхъ измѣненій не наблюдалось никакихъ, а всѣ такого рода больныя, представлялись застарѣлыми нейропатами, такъ что мѣстная терапия здѣсь оказывалась всегда безсильной, а приходилось лечить причину (терапия моральная) и нервную систему (броматы, гидро-терапия и т. п.); успѣхъ въ большинствѣ случаевъ получался благопріятный и при томъ довольно быстро. Другое страданіе, которое зависитъ отъ зубовъ, авторъ называетъ зубнымъ бѣшенствомъ. Какъ и мнимое страданіе языка, оно наблюдается у нейропатическихъ субъектовъ и приводитъ ихъ къ психическому раз-



стройству. Авторъ описываетъ одинъ случай съ женщиной нейропаткой, у которой «зубное бѣшенство» развилось послѣ того, какъ лентистъ вырвалъ ей зубъ. Съ тѣхъ поръ у больной развилась *idée fixe*, что она подвержена болѣзни зубовъ; постоянно ходила къ лентистамъ рвать зубы, но болѣзнь только усиливалась и уженьшилась только тогда, когда обращено было вниманіе на общее нервное состояніе больной.—На основаніи этого авторъ совѣтуетъ относиться осторожнѣе къ такого рода больнымъ, дабы вырываніемъ зубовъ не вызвать не только нервныхъ, но и психическихъ разстройствъ.

*В. А. Тихомировъ.*

**D-r Talamon**, Сердечная эпилепсія и пароксизмическая тахикардія (*Epilepsie cardiaque et tachycardie paroxystique*, *Le Mercredi medical*, 1891, № 2).

Больному 53 г., очень нервный, но никогда не имѣлъ никакихъ судорожныхъ приступовъ,—вслѣдствіе паденія съ высоты 8 ф. на голову, проявилъ острый бредъ, продолжавшійся полтора мѣсяца. Послѣ этого у больного, раза 3—4 въ мѣсяцъ начали появляться приступы сердцебіенія, начинающіеся ощущеніемъ головокруженія, внезапно, сопровождающіеся подавленностью и ужасной тоской, продолжавшіеся въ общемъ полъ часа и оканчивающіеся страннымъ ощущеніемъ въ головѣ. Во время приступа сердцебіенія, доходящаго до 200 въ минуту, глаза выступали впередъ. Органическаго порока сердца не было. Авторъ полагаетъ правильнымъ назвать этотъ случай частичной или локальной эпилепсіей Труссо. Труссо къ этой области относитъ эпилептиформныя неврагги лица, нѣкоторые случаи грудной жабы и болѣзненные конвульсіи, ограниченныя одной стороной тѣла. Принимая во вниманіе внезапное начало приступа, получасовое продолженіе, ограниченное проявленіе, сердечное возбужденіе безъ одновременной боли въ той-же области, начало приступа въ видѣ головокруженія и окончаніе приступа особеннымъ ощущеніемъ въ области черепа, авторъ полагаетъ, что въ данномъ случаѣ имѣется дѣло съ частичной скрытой эпилепсіей. Авторъ считаетъ необходимымъ въ дальнѣйшемъ прослѣдить—не будутъ ли припадки тахикардіи служить проявленіемъ эпилепсіи у явнаго эпилептика,—подобно тому какъ эквивалентами эпилепсіи служатъ другія проявленія нервной жизни,—какъ эпилептическая авра-тахикардія уже встрѣчалась,—слѣдуетъ также прослѣдить не будетъ ли при тахикардіи встрѣчаться патологическая наследственность, замѣченная уже при экзофтальмической тахикардіи, которая еще болѣе свяжетъ данное состояніе съ нейрозами вырожденія.

*А. И. Поляковъ.*

**Prof. Charcot**, Объ истерической дрожи (*Des tremblements hystériques*, *Progr. med.*, 1890).

По Ch. каждый типъ дрожи, являющійся при множественномъ склерозѣ, *Paralysis agitans*, *Morbus Basedowi*, алкоголизмъ и меркуриализмъ имѣетъ свое подобіе, двойникъ въ истеріи. Авторъ различаетъ три формы дрожи: 1) колебательную (*tremblement oscillatoire*), отъ 3—6 колебаній въ секунду, соответствующую дрожи *Paralysis agitans*, или *tremor senilis*; 2) вибрационную (*tremblement vibratoire*) 8—9 вибрацій въ секунду, которая аналогична дрожи при Базедовой болѣзни, алкоголизмъ, прогрессивномъ параличѣ, и

3) интенціонную дрожь (*tremblement intentionnelle*), соответствующую тремору множественного склероза или еще лучше ртутного дрожания. Первые две формы характеризуются тѣмъ, что дрожь не усиливается при произвольныхъ движеніяхъ, что имѣетъ мѣсто при 3-ей формѣ, гдѣ въ спокойномъ состояніи дрожь бываетъ не замѣтна. Истерическій тремор можетъ быть какъ общимъ, такъ и ограничиваться половиной тѣла или одной конечностью. Сн. представилъ трехъ больныхъ съ общимъ истерическимъ дрожаніемъ. Въ первомъ случаѣ дрожь появилась вслѣдствіе сильнаго душевнаго потрясенія у 38-ми лѣтняго мужчины; на ряду съ треморомъ злѣсь была нѣмота въ продолженіе 3-хъ мѣсяцевъ. Треморъ являлся, какъ только больной пытался стоять или ходить. Второй больной 34 лѣтъ страдалъ фибриллярной дрожью, какъ при Базедовой болѣзни и, наконецъ, третій случай касается 31-го лѣтняго мужчины, страдавшаго интенціонной общей дрожью. Всѣ эти случаи касаются явно истеричныхъ больныхъ, у которыхъ находились на лицо истерическіе стигматы. *П. П. Платовъ.*

**D-r Maggiora**, О законахъ усталости (*Ueber die Gesetze der Ermüdung*, Arch. f. Anatomie und. physiolog., 1890).

М. изслѣдовалъ усталость мускула съ помощью эргографа и панометра Моссо. Онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: въ мускулѣ, доведенномъ до усталости, тетанизирующее раздраженіе можетъ вызвать еще остатокъ энергіи, выражающейся сокращеніемъ: наибольшее количество работы можетъ дать мускулъ, если дѣйствіе раздѣлить на группы, по 30 сокращеній въ каждой, съ промежуткомъ въ 2 секунды между отдельными сокращеніями и съ паузой въ 1 минуту между группами. Усталость мускула ускоряется дневнымъ бдѣніемъ и напряженіемъ другихъ мышечныхъ областей. Въ голодающемъ мускулѣ первоначальная энергія восстанавливается чрезъ нѣсколько минутъ по принятіи пищи. Массажъ задерживаетъ усталость мускула и мускулъ подъ вліяніемъ его производитъ гораздо большую работу. Уменьшеніе мускульной силы при работѣ мозга зависитъ отъ отравленія крови продуктами обмѣна веществъ мозговой дѣятельности *П. П. Платовъ.*

**D-r Camuset**, Замѣтки о прогрессивномъ параличѣ сифилитическаго происхожденія (*Note sur la paralysie générale d'origine syphilitique*. Annal. medico-psychol. № 1, 1890).

Авторъ приводитъ два случая прогрессивнаго паралича, происхожденіе котораго зависѣло отъ сифилиса. — Одинъ касается женщины, у которой прегрессивный параличъ длился 12 лѣтъ, другой — мужчины, у котораго параличъ длился 13 лѣтъ. Клиническая картина болѣзни въ обоихъ случаяхъ во многомъ была сходна между собою: какъ первый, такъ и второй случаи имѣли частыя и длительныя ремиссіи, сопровождающіяся меланхолическимъ бредомъ; главное же сходство заключалось въ томъ, что оба случая имѣли необыкновенно продолжительное теченіе болѣзни. — Такъ какъ, кромѣ сифилиса, никакой другой причины происхожденія болѣзни не было, то, на основаніи этого, авторъ медленность теченія болѣзни въ данномъ случаѣ приписываетъ сифилису и предполагаетъ слѣдующую связь между сифилисомъ и прогрессивнымъ параличемъ: 1) прогрессивный параличъ, происходящій вслѣд-

ствіе сифилиса, имѣетъ продолжительное теченіе, 2) кромѣ продолжительности теченія могутъ быть еще и слѣдующія, но менѣе постоянныя явленія: частота и продолжительность ремиссій, затѣмъ чистая форма бреда, при которой меланхолическая форма бываетъ чаще экспансивной.

В. А. Тихомировъ.

**D<sup>r</sup> Hospital**, Интересный случай эротическаго помѣшательства съ аутопсіей (Curieuse observation de folie érotique avec autopsie. Annal. medico-psychol. № 1, 1891).

Авторъ описываетъ слѣдующій случай эротическаго помѣшательства Въ 82 году молодая дѣвушка пасла овецъ въ окрестностяхъ деревни Aertont'-Fergand'a и увидѣла идущаго къ ней жителя этой же деревни, который хотѣлъ освидѣтельствовать поправу, такъ какъ овцы паслись на запрещенномъ мѣстѣ. Покончивъ съ дѣломъ, субъектъ этотъ, нѣкто S., не взирая на присутствіе маленькаго мальчика, вдругъ набросился на дѣвушку, силой положилъ ее на землю, поднялъ ей юбки и предался непристойностямъ; ни крики жертвы, ни удары палкой, наносимые ему маленькимъ мальчикомъ не могли оторвать его отъ добычи. Наконецъ, боясь, чтобы не услышали крика, онъ оставилъ жертву и удалился, но затѣмъ вскорѣ, побуждаемый какой то демонической силой, онъ снова возвратился къ своей жертвѣ и изнасиловалъ ее.—Послѣ этого онъ былъ арестованъ.—На слѣдствіи открыто за S. было много необыкновенно безнравственныхъ поступковъ, такъ что пришлось усомниться въ нормальности умственныхъ способностей S. и онъ былъ присланъ въ Клермонтъ для медицинскаго осмотра. Что касается прошлаго больного, то оно далеко не безупречно; въ 1860 году онъ находился подлѣ арестомъ за публичное оскорбленіе дѣвушки, которую онъ силой положилъ на землю, поднялъ юбки и, не смотря на ея крики, оставался на ней нѣсколько минутъ.—Въ 75 году судился за изнасилованіе женщины.—Въ 79 году былъ пойманъ на мѣстѣ преступленія, разъ у себя, разъ въ чистомъ полѣ, совершая coitus съ собакой.—Въ 80 году, едва освобожденъ изъ тюрьмы, онъ снова съ яростью предавался отвратительному пороку: былъ пойманъ совершая coitus съ собакой.—Наконецъ, въ 82 году онъ былъ опять арестованъ, желая изнасиловать молодую дѣвушку.—По словамъ жены и сосѣдей, всякій разъ, когда больнымъ овладѣвало бѣшенство, онъ удалялся изъ дому и не возвращался въ теченіе нѣсколькихъ сутокъ, бродя по полямъ, особенно же по уединеннымъ и тѣнистымъ мѣстамъ «quaerens quem devoret», чтобы удовлетворить свои развратные инстинкты.—Больному около 60 лѣтъ отъ роду, но на видъ онъ кажется болѣе дряхлымъ. Голова маленькая, черепъ правильный. Боковыя части затылочныхъ бугровъ, гдѣ по Галлю находится эротизмъ, развиты довольно сильно; черты лица правильны, глаза большіе, видъ больной имѣетъ слащавый.—Penis малъ, величиною не много больше средняго пальца; Scrotum также не велика, едва покрыта волосами, содержитъ только одно лѣвое яичко обыкновенной величины; правое яичко атрофировано, величиною не больше лѣснаго орѣха, лежитъ въ паховомъ каналѣ.—Весь habitus больного, его голосъ, походка, складъ ума, носятъ на себѣ отпечатокъ скудности его генезическаго развитія, образованіе его равно нулю: не умѣетъ ни читать, ни писать; память довольно сносная.—Затѣмъ при допросѣ больного выясни-

лось, что еще съ дѣтства онъ былъ подверженъ нервнымъ припадкамъ, во время которыхъ терялъ сознание на нѣсколько минутъ и въ такомъ состояніи падалъ на землю. Все, что совершалъ больной передъ приступомъ припадка и непосредственно послѣ, онъ не помнилъ. На основаніи этихъ данныхъ авторъ полагаетъ, что больной страдалъ эпилептиформеннымъ неврозомъ и что совершалъ насильственные дѣйствія подъ вліяніемъ неуропатической ауры эпилептического происхожденія: неестественная похотливость происходила помимо воли больного и онъ, дѣйствительно, могъ не помнить того, что совершалъ. — Въ 85 году больной умеръ и при вскрытіи было найдено слѣдующее: въ части мозга, лежащей въ сводѣ глазной впадины, находилось вдавленіе или потеря мозговой субстанции величиною въ три франка. Второе поврежденіе, идентичное предшествовавшему, находилось на нижней поверхности средней части лѣвой доли. — Свѣжія поврежденія были слѣдующія: общая конгестія бѣлой субстанции мозга и кое гдѣ сзали маленькіе апоплектические очаги величиною въ просяное зерно; боковые желудочки представлялись увеличенными и наполненными кровью и кровяными сгустками; сѣтчатое сплетеніе церебральнаго основанія было налито кровью и въ глазныхъ венахъ этого сплетенія находились бѣлые фиброзные куски, величиною въ 2 мм. Въ задне-наружной части мозжечка на обѣихъ доляхъ его — кровяная инфильтрація; четвертый желудочекъ, ножки мозжечка и medull. oblong наполнены кровью, вмѣстимость желудочка недостаточна. На основаніи данныхъ, полученныхъ при вскрытіи, авторъ полагаетъ, что здѣсь было мозжечковое кровоизліяніе; затѣмъ, хотя при вскрытіи и не получилось анатомо-патологическихъ данныхъ ясно подтверждающихъ эпилепсію, тѣмъ не менѣе, на основаніи того, что у S. приступы были очень рѣдки и, что бывають случаи, гдѣ вскрытіе ничего положительнаго не даетъ, авторъ не сомнѣвается въ присутствіи эпилепсіи у S.; далѣе, старія поврежденія, найденныя въ мозгу, показываютъ, что у него несомнѣнно были церебральныя конгестіи, а можетъ быть и незначительныя апоплексіи и, наконецъ, мозжечковое кровоизліяніе даетъ автору предположеніе о существованіи страданія въ этомъ органѣ и раньше, и что страданіе это могло въ извѣстные моменты дать возможность развиваться у больного эротизму.

*В. А. Тихомировъ.*

**Charcot,** Кровь нормальныхъ истеричныхъ (*Le sang dans l'hystérie normale, Le progres medical, 1891, № 7*).

Въ дополненіе къ изученію питанія истеричныхъ, изъ клиники проф. Шарко публикуются изслѣдованія состоянія крови нормальныхъ истеричныхъ. Подъ именемъ нормальныхъ истеричныхъ авторъ разумѣетъ такихъ истеричныхъ, у которыхъ, за исключеніемъ характерныхъ постоянныхъ стигматовъ, отсутствуютъ всѣ другія нервныя проявленія. Обращаясь къ историческимъ даннымъ по этому вопросу, находимъ, что Willis и Etmüller находили у истеричныхъ больныхъ сгущеніе крови, Michea находилъ у такихъ больныхъ недостатки плотныхъ частей крови. Marchant de Sante — Foу наблюдалъ уменьшеніе кровяныхъ шариковъ. Franz находилъ у истеричныхъ уменьшеніе количества организованныхъ частей крови. Empegeur и Charcot не находили у простыхъ истерич-

ныхъ особенныхъ измѣненій въ крови. Queiqaud говоритъ, что нормальные истеричные не хлоротики и анемики, не представляютъ особенныхъ уклоненій въ крови, за исключеніемъ тѣхъ больныхъ, которые проявляли анорексію, при чемъ, разумѣется, уменьшеніе плотныхъ частей крови обуславливалось не истеріей, а тяжелыми расстройствами питанія и истощенія. Въ школѣ проф. Charcot изслѣдовали кровь 10 истеричныхъ: 5 мужч. и 5 женщ. На основаніи своихъ изслѣдованій, авторы приходятъ къ заключенію, что у нормальныхъ истеричныхъ количество крови не ниже нормального и что, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, въ которыхъ наблюдается хлорозъ и анемія, количество гемоглобина, мочевины и глюкозы въ нормальномъ соотношеніи. Общій выводъ тотъ, что питаніе нормальныхъ истеричныхъ не нарушено. *В. А. Тихомировъ.*

**Prof. Pitres,** Приступы истерическаго бреда (*Des attaques de delire hysterique. Gazette hebdomadaire de medicine, 1891. N° 1*).

Подъ именемъ истерическаго бреда разумѣютъ острые приступы бредоваго возбужденія, являющіеся иногда у истеричныхъ, какъ эквивалентъ полныхъ и правильныхъ конвульсивныхъ приступовъ. Эти приступы могутъ быть весьма разнообразны, хотя главныхъ три формы: приступы истерической маніи, приступы истерическаго галлюцинаторнаго бреда и приступы экменезическаго бреда. Всѣ приступы острой маніи походятъ другъ на друга. Каковы бы ни были причины, эта болѣзнь характеризуется крайнимъ возбужденіемъ духовнымъ и тѣлеснымъ, безпорядочностью движеній и смѣшеніемъ звуковъ. Больные кричатъ, пляшутъ, жестикулируютъ, рвутъ свое платье, оскорбляютъ служанокъ,—и все это дѣлается автоматически, насильственно. Истерическая манія, кромѣ своей причины, ничѣмъ не отличается отъ простой маніи и эпилептической маніи,—она обыкновенно появляется у истеричныхъ субъектовъ, или у людей, предрасположенныхъ къ истеріи, и проявляется сильнымъ психическимъ возбужденіемъ и чрезмѣрнымъ страхомъ. Она чаще у женщинъ, нежели у мужчинъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ она является періодически въ связи съ менструальнымъ періодомъ. Если маниакальный бредъ характеризуется усиленной дѣятельностью, возбужденіемъ и безсвязностью духовной и тѣлесной, то въ галлюцинаторной маніи преобладаютъ галлюцинаціи. Галлюцинаціи могутъ быть одинаково бурны въ томъ и другомъ болѣзненномъ состояніи, но въ первомъ бредъ является безсвязнымъ и какъ-бы автоматичнымъ, тогда какъ во второмъ онъ находится въ зависимости отъ галлюцинацій и иллюзій. Галлюцинаторный бредъ у истеричныхъ является столь-же часто, какъ и приступы маніи, и извѣстенъ уже давно. Иногда наблюдаютъ въ приступахъ бреда расстройство памяти и расстройство личности, проявляющееся въ формѣ экменезіи. Экменезія есть частичная амнезія, въ которой воспоминаніе прежнихъ обстоятельствъ извѣстнаго періода жизни сохраняется вполнѣ, тогда какъ воспоминаніе болѣе позднихъ обстоятельствъ того-же періода совершенно исчезаетъ. Явленія экменезіи производятъ рѣзкія психическія измѣненія, такъ какъ мысли и память играютъ серіозную роль въ умственныхъ отправленіяхъ. Допустимъ, что человѣкъ трицати лѣтъ теряетъ въ своемъ сознаніи всѣ свѣдѣнія за послѣдніе пятнадцать лѣтъ своей жизни. Вслѣдствіе этой парціальной амнезіи въ умственной

жизни субъекта происходят радикальные изменения. Онъ будетъ говорить, дѣйствовать и разсуждать, какъ пятнадцатилѣтній, его взгляды, вкусы и чувства будутъ пятнадцатилѣтняго, его умственный складъ будетъ, какъ у юноши, а не какъ у взрослого.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr. Broca,** Описательная анатомія мозговыхъ извилинъ (*Anatomie descriptive des circonvolutions cerebrales, Gazette hebdomadaire de médecine, 1891, № 3*).

Трудно найти что либо новое въ области микроскопическаго изученія мозговыхъ извилинъ. Можно дѣлать различныя подраздѣленія долей, разграниченіе извилинъ, давать новое, болѣе подходящее, названіе извѣстнымъ мозговымъ извилинамъ и проч. Авторъ дѣлитъ всю поверхность мозговыхъ извилинъ на шесть долей: лобная доля (*lobe frontal*), теменная доля (*lobe parietal*), височная доля (*lobe temporal*), затылочная доля (*lobe occipital*), доля Рейлиева островка (*lobe de l'insula*) и доля мозолистаго тѣла и прилежающихъ частей (*lobe limbique*). Дальнѣйшее распредѣленіе извилинъ даетъ мало новаго.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr. Diderder,** Парезъ верхнихъ и нижнихъ конечностей, излеченный втираніями фосфорнаго масла у одной алкоголички (*Gazette hebdomadaire médecine, 1891, 1*).

Авторъ описываетъ случай пареза верхнихъ и нижнихъ конечностей у одной, злоупотреблявшей алкоголемъ, дамы, который не поддавался никакимъ общеупотребительнымъ способамъ леченія и былъ излеченъ втираніями фосфорнаго масла въ пораженныя конечности. Наружный способъ введенія фосфорнаго масла авторъ выбралъ съ той цѣлью, чтобы избѣжать явленія раздраженія желудка, при введеніи фосфора путемъ внутренняго употребленія.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr. Hughes,** Замѣтка о вирильномъ рефлексѣ (*Note of the virile reflex, The Alienist and Neurologist, 1891, № 1*).

Нѣсколько времени назадъ авторъ указалъ на важное діагностическое значеніе рефлекса кремастера при половомъ безсиліи. Въ настоящей своей статьѣ авторъ обращаетъ вниманіе и на новый, доселѣ еще неописанный, признакъ—именно на рефлексъ вирильный или на рефлексъ съ полового органа. Проявляется этотъ рефлексъ такимъ образомъ: большимъ и указательнымъ пальцами берутъ кожу полового органа на мѣстѣ узелки и оттягиваютъ ее назадъ по направленію къ пупку, такъ чтобы натянуть кожную оболочку полового органа. Средніе и маленькіе пальцы кладутъ на спинку полового органа, для воспріятія являющихся рефлексорныхъ движеній. За симъ рѣзко ударяютъ по спинкѣ или по боковой части полового органа молоточкомъ. Результатомъ этого удара явится очень явное и рѣзкое движеніе или сокращеніе бульбо-кавернозной части полового органа. Этотъ рефлексъ очень напоминаетъ собою по своему проявленію рефлексъ кремастера, при чемъ направленіе рефлекса идетъ спереди назадъ. Этотъ рефлексъ появляется у всѣхъ людей съ полнымъ половымъ развитіемъ, у дѣтей же и у стариковъ съ отсутствіемъ половой дѣятельности его нѣтъ. По мнѣнію автора, присутствіе этого рефлекса служить

полнымъ доказательствомъ присутствія половой дѣятельности, отсутствіе же его служить доказательствомъ отсутствія половой дѣятельности. Ослабленіе этого признака наблюдается въ дѣтствѣ, въ старческомъ возрастѣ, при потерѣ половой дѣятельности, при хроническомъ отравленіи алкоголемъ и другими ядами, совмѣстно съ пониженіемъ другихъ спинномозговыхъ рефлексовъ, но не всегда; повышеніе этого рефлекса также наблюдается. Вообще онъ подлежитъ дальнѣйшему изслѣдованію. *П. И. Ковалевскій.*

**Д-ръ Mackenzie**, Циркуляція крови и лимфы въ черепѣ во время сна и безсонницы (The circulation of the Blood and lymph in the cranium during sleep and sleeplessness, Journal of mental Science. 1891, 1).

Сонъ въ жизни человѣка имѣетъ очень важное значеніе, что доказывается уже тѣмъ, что нервность весьма часто сопровождается безсонницей и безсонница нерѣдко сама по себѣ вызываетъ серьезныя нервныя расстройства. Авторъ приводитъ цѣлый рядъ мнѣній различныхъ ученыхъ о причинахъ и условіяхъ, вызывающихъ сонъ. Большинство изъ нихъ сводится однако къ уменьшенію притока питательной жидкости къ мозгу и уменьшенному притоку крови. Обращая вниманіе на причины безсонницы, нельзя не видѣть того обстоятельства, что въ однихъ случаяхъ безсонница обуславливается гипереміей мозга, въ другихъ же случаяхъ анеміей его. Это обстоятельство очень важно при назначеніи снотворныхъ средствъ, такъ какъ въ однихъ случаяхъ приходится назначать средства, усиливающія притокъ крови къ мозгу, а въ другихъ средства, способствующія оттоку крови отъ мозга. Въ этомъ отношеніи важно знать, какія изъ снотворныхъ средствъ будутъ способствовать въ одномъ отношеніи и какія въ другомъ. Авторъ, пересматривая эти средства, находитъ, что гіосцинъ полезенъ въ тѣхъ случаяхъ, когда у больного обнаруживается бредъ и возбужденіе съ усиленнымъ притокомъ крови къ мозгу,—по его мнѣнію, гіосцинъ приноситъ пользу, успокаивая психическое возбужденіе и только посредственно успокаивая моторную область. Уретанъ прекрасно дѣйствуетъ при повышеніи рефлексовъ и въ этомъ отношеніи онъ близокъ къ броматамъ. Опій приноситъ пользу особенно въ сенильныхъ психозахъ. Сульфоналъ хорошъ въ тѣхъ случаяхъ, когда безсонница обуславливается анеміей мозга, при чемъ послѣдовательно больные испытываютъ ощущеніе, какъ бы послѣ опьяненія. Это средство приноситъ пользу при депрессивныхъ психозахъ.

*С. П. Драгомановъ.*

**Mc. Clelland**, Наслѣдственная преступность (Hereditary-criminality, The Journal medico-legal. 1890).

Въ образованіи человеческой личности принимаютъ участіе два фактора: наследственность и воспитаніе. Въ проявленіи преступности одни ученые приписываютъ особенное участіе и вліяніе наследственности,—другіе — дурному воспитанію. Не подлежитъ никакому сомнѣнію то обстоятельство, что привычки, свойства и качества передаются отъ родителей дѣтямъ, но не подлежитъ также сомнѣнію и то обстоятельство, что воспитаніе въ свою очередь проявляетъ значительную долю и своего вліянія. Тѣмъ не

менте, взвѣсивая вліяніе этихъ двухъ факторовъ, нельзя не отдать предпочтенія вліянію наслѣдственности. Несомнѣнно, нѣтъ ли приходится наблюдать такіе факты, гдѣ самое лучшее и самое энергичное перевоспитаніе не въ состояніи уничтожить унаслѣдованныхъ преступныхъ качествъ. Въ этихъ случаяхъ ни воспитаніе, ни внѣшнее воздѣйствіе, ни самая лучшая обстановка не въ состояніи бывають вырвать съ корнями постыяннаго наслѣдственности.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dr. Nolan,** Ступорозное сумасшествіе подъ вліяніемъ гипнотизма (Stuporose insanity consecutive to induced hypnotism, The Journal of mental Science, 1891, 1).

Нѣкоторые извѣстные ученые, какъ Charcot, Richet, Heidenhain, доказываютъ, что гипнотизмъ не оказываетъ дурного вліянія на организмъ. Съ этимъ авторъ никакъ не можетъ согласиться и въ доказательство своего сомнѣнія приводитъ случай, гдѣ послѣ гипнотизаціи развилось ступорозное сумасшествіе. Это была молодая человѣкъ, у котораго, послѣ сеанса гипнотизма, послѣовало рѣзкое измѣненіе въ характерѣ: онъ сталъ кутилой, грубымъ, рѣзкимъ и невыносимымъ человѣкомъ. Желая исправить въ себѣ эти пороки, больной позволилъ загипнотизировать себя вновь. Послѣ этого у него наступило ступорозное сумасшествіе, которое прекратилось только послѣ весьма продолжительнаго леченія. На основаніи этого факта, авторъ приходитъ къ тому заключенію, что гипнотизмъ далеко не такое безразличное средство, которымъ можно было бы пользоваться во всѣхъ случаяхъ безнаказанно.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dr. Robertson,** Случай острой деменціи (Case of acute dementia, The Journal of mental Science, 1891, 1).

Больная безъ патологической наслѣдственности, поступила въ заведеніе для душевно-больныхъ въ состояніи острой ступорозной деменціи. Общее усиленное питаніе только отчасти поправило больную. Тогда назначена была на голову гутаперчевая повязка съ трубочками для проточной воды. Сначала по этимъ трубочкамъ пропускалась горячая вода, которая постепенно охлаждалась и въ теченіе часа была доводима до 10°. Рядомъ съ этимъ принималось растираніе всего тѣла и гальванизация на голову. Подъ вліяніемъ этого леченія больная очень скоро оправилась. Авторъ съ особенною настойчивостью рекомендуетъ горячіе и постепенно охлаждающіеся компрессы при ступорозной меланхоліи и ступорѣ.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dr. Fry,** Случай хореи съ множественнымъ нейритомъ (A case of chorea attended with multiple neuritis, Journ. of nervous and ment. diseases, 1890).

Къ появленію рецидивовъ хореи у одной 12-ти лѣтней дѣвочки присоединились очень быстро усиливающійся парезъ нижнихъ конечностей, потомъ верхнихъ съ атрофіей и легкими контрактурами пораженныхъ мускуловъ, съ общей анестезіей и парестезіями большихъ пальцевъ рукъ и ногъ и съ потерей всѣхъ рефлексовъ. Въ пораженныхъ мускулахъ констатировалась реакція перерожденія. Мускулы и чувствительные нервы головы, шеи и туловища были не поражены. Послѣ продолжительнаго леченія наступило



полное выздоровление. Авторъ думаетъ, что chorea есть инфекціонная болѣзнь и что къ ней можетъ присоединиться множественный нейритъ.

П. П. Платовъ.

**D-r Mac Forlane**, Случай сумашествія съ хореей въ старческомъ возрастѣ *Journal of mental Science*, 1890).

Случай касается 64 лѣтней служанки, которая страдала сумашествіемъ въ видѣ бреда преслѣдованія, обмановъ зрѣнія и раздражительности. Въ теченіе болѣзни у нея явилась интенсивно выраженная хорея. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ она умерла. При аутопсии найдено было утолщеніе всѣхъ оболочекъ мозга, мѣстами сращеніе ихъ другъ съ другомъ и съ мозгомъ. Въ *sinus longitudinalis* находилась кровяная сгустокъ 5 сент. длины; большіе и малые сосуды атероматозны; извилины атрофированы. Въправомъ *plexus choroideus* найдены были двѣ кисты, величиною съ большой орѣхъ. Сердце мало, стѣнки его тонки и хрупки; на аортальныхъ клапанахъ и на восходящей части дуги аорты находились извѣстковые бляшки. Въ селезенкѣ большой геморрагическій инфарктъ.

П. П. Платовъ.

**D-r Witmer**, Сумашествіе у цвѣтныхъ расъ (*Insanity in its colored race, The Alienist and Neurologist*, 1891, № 1).

Авторъ полагаетъ, что количество заболѣваній душевными болѣзнями у негровъ, послѣ войны за освобожденіе негровъ, увеличилось почти въ десять разъ противъ прежняго времени. Причины тому кроются главнымъ образомъ въ рѣзкомъ переходѣ отъ крайняго рабства къ полной свободѣ, безъ достаточной къ тому подготовкѣ. Изъ болѣзненныхъ формъ наиболее часто наблюдаются острая и хроническая манія, прогрессивный параличъ и слабоуміе, покушеніе на самоубійство рѣдко. Въ прогрессивномъ параличѣ бредъ величія почти отсутствуетъ. Патологическая наследственность также почти отсутствуетъ.

А. П. Драгомановъ.

**D-r Kiernan**, О развитіи безумныхъ идей изъ императивной концепціи (*The Evolution of delusions from imperative conceptions, The Alienist and Neurologist*, 1891, 1).

Насильственные представленія свойственны какъ людямъ душевно больнымъ, такъ и людямъ душевно здоровымъ. Просуществовавъ нѣкоторое время, насильственные представленія могутъ исчезнуть безслѣдно, но могутъ дать послѣ себя безумныя и бредовыя представленія. Развитіе этихъ безумныхъ идей можетъ совершаться или непосредственно, или при посредствѣ галлюцинацій. Въ однихъ случаяхъ эти насильственные представленія существуютъ одиночно, въ другихъ они развиваются во множественномъ числѣ и даютъ начало импульсивному помыслительству. Насильственные представленія нерѣдко развиваются при параноѣ, а также при эпилепсіи. Alexander приводитъ случай, въ которомъ въ промежуткахъ между приступами эпилепсіи являлась копрофалія.

А. П. Драгомановъ.

**D-r J. A. Crespi**, Пьянство и его леченіе. *Inebriety and its treatment, Proceedings of the Society for the study of Inebriety*, 1891).

По мнѣнію автора, за частыми случайными опьяненіями обыкновенно слѣдуетъ пьянство запойное или постоянное. Если, на такихъ людей въ первомъ періодѣ нравственные воздѣйствія могутъ имѣть

\*

какое нибудь влияние, то во второмъ періодѣ они мало къ чему ведутъ; въ пьяницѣ воля и нравственное чувство всегда поражены. инстинкты низменные и животные одерживаютъ верхъ надъ высшими и нравственными. Лечение аптекарское еще менѣе удачно: стрихнинъ, броматы и проч. не оправдали возлагаемыхъ на нихъ надеждъ. По этому авторъ считаетъ необходимымъ законъ, дающій право помѣщать пьяницъ въ спеціальныя заведенія и удерживать ихъ тамъ необходимый срокъ, такъ какъ только продолжительное полное воздержаніе отъ алкоголя даетъ надежду на искорененіе страсти къ нему. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ ничто, кромѣ лишенія свободы, не дѣйствуетъ и больной только тогда не пьянъ, когда не имѣетъ физической возможности къ тому. Авторъ находитъ необходимымъ основаніе спеціальныхъ заведеній, какъ частныхъ, такъ и правительственныхъ, для помѣщенія и леченія въ нихъ пьяницъ съ правомъ удерживать ихъ помимо ихъ воли. Помѣщеніе пьяницъ въ эти заведенія должно быть обставлено тѣми-же формальностями, какъ и помѣщеніе душевно-больныхъ. Лишеніе свободы не должно сопровождаться лишеніемъ права управленія своимъ имуществомъ, что по мнѣнію автора болѣе обезпечиваетъ отъ злоупотребленія правомъ помѣщать пьяницу въ заведенія. Законъ о правѣ лишенія свободы пьяницъ необходимъ какъ ради самыхъ пьяницъ, такъ и ради ихъ родныхъ и общества, онъ спасетъ отъ преступленій, совершаемыхъ въ пьяномъ видѣ или въ состояніи *delirii tremetis*, отъ растраты имущества, отъ эксплуатаціи пьяницъ окружающими и собутыльниками—въ особенности же отъ медленнаго самоубійства, которое они надъ собой совершаютъ.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Dickson Barr**, (York, С. Ш. А.). Гальванизмъ при атрофіи зрительныхъ сосочковъ.—*Atrophy of the optic nerve* (The Philadelphia Medical and Surgical Reporter, 1890. Мед. Обзор. 1890. 24.

Авторъ приводитъ случай атрофіи зрительнаго нерва, гдѣ настойчивое примѣненіе постоянного тока увѣнчалось блестящимъ успѣхомъ. 30 октября 1888 года къ нему обратился 54-лѣтній фермеръ съ жалобами на постепенное ухудшеніе зрѣнія, начавшееся въ апрѣлѣ того же года и сопровождавшееся болями въ глазахъ по ночамъ и тугоподвижностью вѣкъ. Исслѣдованія обнаружало: зрѣніе («эксцентрическое») для праваго глаза =  $\frac{5}{200}$ , для

лѣваго =  $\frac{7}{200}$ ; не можетъ различать зеленого и краснаго цвѣтовъ;

не можетъ опредѣлять времени по карманнымъ часамъ или узнавать знакомыхъ по лицу; оба зрительные сосочка совершенно безъ цвѣта, центральные сосуды дна глаза сужены. Причины заболѣванія остались невыясненными (не было ни заболѣваній центральной нервной системы, ни алкоголизма, ни сифилиса); по своему занятію, пациентъ постоянно подвергался всевозможнымъ превратностямъ погоды. Лѣченіе состояло: 1) въ ежедневной 5-минутной гальванизации 5 миллиампернымъ токомъ того и другого глаза, при чемъ отрицательный электродъ приставлялся къ глазу, а положительный—за ухомъ то на той, то на другой сторонѣ; 2) во внутреннемъ назначеніи слѣдующаго сочетанія, рекомендуемаго въ подобныхъ случаяхъ *L. Webster-Fox*омъ: Rp. Strychnini

sulphurici gr.  $\frac{1}{40}$ , extr. aconiti. acidi arsenicosi ana gr.  $\frac{1}{20}$ , extr. belladonnae gr.  $\frac{1}{10}$ , phosphor. resinae Ph. U. S. A. (4 per cent. massae pilul.) gr.  $\frac{1}{2}$  M. f. pil. DS. Послѣ каждой трапезы по 1 такой пилюль; 3) втираніяхъ ртутной мази надъ бровями, на ночь. Черезъ 2 недѣли зрѣніе праваго глаза найдено  $= \frac{6}{200}$ , лѣваго  $= \frac{12}{200}$ . Отъ 14 ноября до 1 февраля 1889 г. гальванизация вѣдалась лишь 3 раза въ недѣлю, съ 1 февраля до 1 марта—2, съ 1 марта—по 1. При изслѣдованіи 1 декабря было найдено: зрѣніе праваго глаза  $= \frac{7}{200}$ , лѣваго глаза  $= \frac{18}{200}$ ; лѣвый сосочекъ сѣмлся менѣе бѣлымъ 1889 г. II, 1—зрѣніе праваго глаза  $= \frac{20}{200}$ , лѣваго глаза  $= \frac{20}{100}$ ; можетъ узнавать время по карманнымъ часамъ. III, 1—зрѣніе праваго глаза  $= \frac{25}{200}$ , лѣваго глаза  $= \frac{15}{100}$ . IV, 1—зрѣніе праваго  $= \frac{20}{70}$ , лѣваго  $= \frac{20}{50}$ . Къ 15 іюля пациентъ началъ читать обыкновенные шрифты и различать всѣ цвѣта. Боли и тугоподвижность вѣкъ исчезли. Зрительныя сосочки приняли совершенно нормальный видъ. Въ общей сложности, лѣчение съ нѣкоторыми перерывами, продолжалось около 9 мѣсяцевъ. При изслѣдованіи пациента нѣсколько мѣсяцевъ спустя по окончаніи лѣченія, зрѣніе оказалось вполне удовлетворительнымъ, онъ чувствовалъ себя прекрасно и т. д.

С. Н. С.

**Dr. Poole.** Бѣлая горячка какъ защита при преступленіи (*Delirium tremens as a defence to criminality*, The Journal medico-legal, 1890).

Авторъ полагаетъ, что преступленія въ состояніи бѣлой горячки нельзя оставлять вполне безнаказанными, такъ какъ пьющій знаетъ впередъ о могущихъ быть послѣдствіяхъ и потому долженъ быть отвѣтственнымъ за тѣ послѣдствія, которыя сопровождаютъ опьяненіе и бѣлую горячку. Однако наказаніе для такихъ лицъ должно состоять въ заключеніи ихъ въ лечебницы для душевно-больныхъ на два года, гдѣ пьяницы могли бы въ теченіе этого времени достаточно окрѣпнуть и избавиться отъ вкоренившагося въ нихъ порока и болѣзни пьянства. А. П. Драгомановъ.

**Dr. Wright.** Наблюденія надъ преступнымъ состояніемъ во время опьяненія (*Observations on the criminal status of inebriety*, The Alienist and Neurologist, 1891. 1).

По мнѣнію автора, опьяненіе есть настоящее сумашествіе. Это состояніе является слѣдствіемъ воздѣйствія многихъ причинъ одновременно. Данное душевное заболѣваніе не будетъ имѣть свѣтлыхъ промежутковъ, потому что алкоголь присутствуетъ у пьяницы не прерывно. Пьяный человѣкъ не можетъ контролировать своихъ поступковъ. Законъ признаетъ пьянство за преступленіе, а между тѣмъ допускаетъ неограниченное его употребленіе. Общество знаетъ, что опьяненный не способенъ контролировать своихъ по-

ступковъ, а между тѣмъ тоже общество. благопріятствуя собраніямъ съ кутежами, способствуетъ совершенію преступленій въ состояніи опьяненія.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dr. Finlayson**, Параличъ п. oculomotorii, какъ осложненіе Базедовой болѣзни On paralysis of the third nerve as a complication of Graves disease, Braen, 1890).

Авторъ описываетъ случай, медленно развивающійся, Базедовой болѣзни, осложненной параличемъ п. oculomotorii.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dr. Rosenberg**, Случай наследственной Базедовой болѣзни (A case of graves disease, apparent. heredity. New York med Record, 1890),

Больная, представлявшая всѣ явленія Базедовой болѣзни, происходила изъ семьи, въ которой отецъ, мать и нѣсколько другихъ членовъ семейства представляли явленія той-же Базедовой болѣзни.

*Н. И. М.*

**Dr. Ferguson**, Лечение Базедовой болѣзни (The therapeutics of exophthalmic goitre, New-York med. Record, 1890).

Авторъ указываетъ на прекрасное дѣйствіе при Базедовой болѣзни, tincturae strorhanti, причемъ онъ, подъ вліяніемъ этого средства видѣлъ въ 8 случаяхъ улучшеніе болѣзни.

*Н. И. М.*

## С М Ъ С Ъ.

\* 31-го декабря 1890 года скончался на 82 году жизни знаменитый ученый и психіатръ-практикъ, почтенный врачъ Salpêtrier'a, членъ медицинской академіи въ Парижѣ, d-r I. Baillarger. Покойный былъ ученикомъ Esquirol'a достойнымъ своего великаго учителя. Своими открытіями въ наукѣ онъ составилъ себѣ почетное имя и какъ человекъ, былъ почитаемъ всѣми, кто его зналъ. Состоя въ теченіе 48 лѣтъ редакторомъ журнала „Annales médicopsychologiques“, который, между прочимъ, былъ имъ основанъ, онъ написалъ цѣлый рядъ ученыхъ статей. Мы ограничимся только переименованіемъ главнѣйшихъ работъ: 1) о гнѣзномъ геморрагическомъ менингитѣ; 2) о расположеніи мозговыхъ извилинъ въ корѣ, способъ образованія мозга, обширность поверхности его и объ отношеніи его къ интеллекту; 3) о меланхолиі со ступоромъ; 4) folie à double forme; 5) о мономаниі; 6) первый описалъ различіе иллюзій и галлюцинацій; 7) о галлюцинаціяхъ и ихъ причинахъ; 8) о теоріи автоматизма и, наконецъ, о кретинизмѣ. До послѣдняго дня своего долгаго и счастливаго существованія В. сохранилъ свѣтлый умъ и память и все воодушевленіе юности научными и профессиональными задачами; энтузіазмъ его былъ заразителемъ и нѣтъ ни одного, который не почувствовалъ желанія работать, послушавъ его. Всѣ окружающіе любили и уважали его; многочисленная семья его, друзья и ученики, видя всегда живой и проникательный разумъ, общались ему еще много дней жизни, между тѣмъ, 31-го декабря 1890 года вечеромъ, послѣ болѣзни, которая казалась уже излеченной, онъ, безъ агоніи, скончался.

Электротонъ и его отношеніе къ проводимости моторныхъ нер-  
 вовъ человѣка, 127. *Dr. Giuseppe Cirincione e Cirolamo Mirto*,  
 Хроническая прогрессивная и Гентингтоновская хорей. 127. *D-r*  
*Jornario*, Къ ученію объ атетозѣ. 128. *D-r Verga*, Циррозъ пе-  
 чени у душевно-больныхъ, 129. *D-r Raggi*, Болевые рефлексы  
 душевно-больныхъ психическаго происхожденія, 129. *D-r Wolff*,  
 Объ астазіи и абазіи, 129. *D-r Rottenbiller*, Случай циркулиру-  
 ющаго прогрессивнаго паралича, 132. *Prof. Pick*, О перифериче-  
 скомъ нейритѣ при *Demetia paralytica*, 135. *Prof. Rosenbach*,  
 О психической терапіи внутреннихъ болѣзней, 135. *D-r Kioer*,  
 Случай Броунъ—Секаровскаго паралича, 136. *D-r Steinkopf*, Объ  
 этиологій малой хорей, 137. *D-r Wichmann*, Эпидемія пляски св.  
 Витта въ Вальбадѣ, 137. *Schoemann*, Хорей, явившаяся путемъ  
 подражанія, 137. *D-r Grosse*, Хорей взрослыхъ и эндокардитъ,  
 137. *D-r Burr*, Необыкновенный случай хорей, 138. *D-r Cra-*  
*mer*, О чувствительныхъ расстройствахъ при первичныхъ психо-  
 захъ, 138. *Gerlach*, О связи сифилиса съ *Tabes* и прогрессив-  
 нымъ параличемъ, 139. *D-r Klenke*, Къ электротерапіи нейро-  
 зовъ, 140. *D-r Frenkel*, Къ механическому леченію атаксій 140.  
*Prof. Ziehen*, Руководство по физиологической психологій, 140.  
*Prof. Berillon*, Указанія къ употребленію гипнотическаго внуше-  
 нія въ психіатріи и неропатологій, 141. *D-r J. Roubinowitch*,  
 Истерія у мужчинъ и вырожденіе, 142. *Prof. Lombroso*, Уголов-  
 ная антропология и ея послѣдніе успѣхи, 143. *D-r Galippe*, О  
 минимыхъ язвахъ языка, 144. *D-r Talomon*, сердечная эпилепсія  
 и пароксизмическая тахикардія, 145. *Prof. Charcot*, Объ истери-  
 ческой дрожи, 145. *D-r Maggiora*, О законахъ усталости, 146.  
*D-r Cammuset*, Замѣтки о прогрессивномъ параличѣ сифилитиче-  
 скаго происхожденія, 146. *D-r Hospital*, Интересный случай эротиче-  
 скаго помѣшательства, 147. *Prof. Charcot*, Кровь нормаль-  
 ныхъ истеричныхъ, 148. *Prof. Pitres*, приступы истерического бре-  
 да, 149. *D-r Broca*, Описательная анатомія мозговыхъ извилинъ,  
 150. *D-r Diderder*, Парезъ верхнихъ и нижнихъ конечностей,  
 излеченный втираніями фосфорнаго масла у одной алкоголички,  
 150. *D-r Hughes*, Замѣтка о вирильномъ рефлексѣ, 150. *D-r*  
*Mackensie*, Циркуляція крови и лимфы въ черепѣ во время сна  
 и бессонницы, 151. *Mc Clelland*, Наслѣдственная преступность,  
 151. *D-s Nolan*, Ступорозное сумашествіе подъ вліяніемъ гипно-  
 тизма, 152. *D-r Robertson*, Случай острой деменціи, 152. *D-r*  
*Jry*, Случай хорей съ множественнымъ нейритомъ, 152. *D-r Mac*  
*Ferlane*, Случай сумашествія съ хореей въ старомъ возрастѣ,  
*D-r Wimer*, Сумашествіе у цвѣтныхъ растъ, 153. *D-r Kiernan*,  
 О развитіи безумныхъ идей при императивной концепціи, 153.  
*D-r J. A. Crespi*, Пьянство и его леченіе, 153. *D-r Dickson-*  
*Barr*, Гальванизмъ при атрофіи зрительныхъ сосочковъ, 154.  
*D-r Poole*, Бѣлая горячка какъ защита при преступленіи, 155. *D-r*  
*Wright*, Наблюденія надъ преступнымъ состояніемъ во время  
 опьяненія, 155. *D-r Finlayson*, Параличъ п. oculomotorii, какъ  
 осложненіе Базедовой болѣзни, 156. *D-r Rosenberg*, Случай на-  
 слѣдственной Базедовой болѣзни, 156. *D-r Ferguson*, Леченіе  
 Базедовой болѣзни, 156 — Смѣсь, 156.

---

Дозволено цензурою. Харьковъ, Марта 3-го дни 1891 года.

Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи“.

— Ново-Чернышевская № 1.

**МОЖНО ИМѢТЬ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:**

Проф. П. И. Ковалевскій, *Сифилисъ моза и его леченіе*, 1891. Ц. 1 р.

*Леченіе душевныхъ и нервныхъ больныхъ*. Изд. 2-е. 1889. Ц. 2 р.

*Эпилепсія*, 1889. Ц. 1 р.

*Хорезъ и хорезическое сумашествіе*, 1890. Ц. 50 к.

*Пьянство, его причины и леченіе*. Изд. 2, 1889. Ц. 50 к.

*Основны механизмы душевной дѣят.* Изд. 2-е исправл. и дополн. Ц. 1 р.

*Положеніе душевно-больныхъ въ Россійской Имперіи*. Ц. 50 к.

*Психіатрія*, 2 т. I-й томъ—общая психопатологія, II-й томъ—спеціальная психіатрія. Изд. 4-е. Ц. 4 р.

*Судебно-психіатрическіе анализы (для медиковъ и юристовъ)* 2-й т., изд. 2-е. Ц. 4. р. 50 к.

*Первичное помѣшательство (для медиковъ и юристовъ)*. Ц. 1 р. 50 к.

Prof Meynert, *Клиническія лекціи по психіатріи*, пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 1 р. 50 к.

Dr Morel, *Электротерапія при душевныхъ болѣзняхъ*, перев. А. Н. Герстфельдъ. 1889. Ц. 40 к.

Prof. Binswanger, *Сумашествіе и преступленіе*. Перев. А. Н. Герстфельдъ и О. Н. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889. Ц. 30 к.

Kerr, *Пьянство, его причины, леченіе и судебно-медицинское значеніе*. Пер. К. Н. Ковалевской и М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889 г. Ц. 2 р.

D-r Löwenfeld. *Современныя способы леченія истеріи и нейрастеніи*. Перев. Н. И. Мухина подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889 г. Ц. 1 р.

Dr Cullere, *Границы сумашествія (Les frontières de la folie)*. Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго 1889. Ц. 1 р. 50 к.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступкою отъ 20 до 30%.

Dr Cullere, *Гигіена нервныхъ людей и нейропатологъ*. Пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Remak, *Электродіагностика и электротерапія*. Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакц. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р.

Scholz, *Диететика духа*. Пер. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Richet, *Истерио-эпилепсія*. Перев. подъ редакц. проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. Ц. 5 р.

Byrom Bramwell, *Болѣзни спячюю моза*. Пер. М. А. Шульгина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 5 р.

Meynert, *Психіатрія*. Переводъ М. Е. Ліона, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго Ц. 3 р.

Prof. Gowers, *Болѣзни мозолю моза* пер. А. А. Говсѣва, подъ редакціей проф. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.

Prof. Charcot, *Лекціи по перитомъ болѣзнямъ*. Перев. подъ редакціей проф. Ковалевскаго. Ц. 1. р.

Hammond, *Половое безсиліе у мужчинъ*. Пер. А. А. Говсѣва, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Изд. 2-е, дополненное стат. Prof. Ultzmann'a: объ онанизмѣ, безизидіи, поллюціяхъ и др. Ц. 2 р.

Thudichum, *Физиологическая жизнь головного моза*. Переводъ М. Е. Ліона. Ц. 2 р.

Robert von Pfungen, *О разстройствѣхъ ассоціацій*. Перев. М. Е. Ліона. Ц. 1 р.

Dr Pierson, *Компендіумъ нервныхъ болѣзней*. Переводъ Н. И. Мухина подъ редакціей П. И. Ковалевскаго. Въ изыщномъ переплетѣ. 1889 г. Ц. 1 руб. 50 коп.

JUN 15 1891

WORCESTER, MASS.

ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ.

1891.

ТОМЪ XVII—№ 3.

# АРХИВЪ ПСИХІАТРИИ, НЕЙРОЛОГИИ

И  
СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ,

издаваемый подъ редакціей П. Н. Ковалевскаго,  
проф. психіатрии и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

В. М. Автопратовъ (Кіевъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Рига), Н. Н. Баменовъ (Москва), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), В. А. Бряицевъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Казань), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Буhalовъ (Казань), Н. М. Васильевъ (Новочеркасскъ), В. Н. Васяткинъ (Казань), П. А. Винторовскій (Варшава), Я. В. Гиршонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Москва), А. А. Говсѣевъ (Екатеринославъ), В. Ѳ. Галенко (Умань), А. М. Головина (Болгарія), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), В. Н. Дидрихсонъ (Харьковъ), А. П. Драгомановъ (Петербургъ), Д. А. Дриль (Москва), М. В. Игнатьевъ (Могилевъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Корсановъ (Москва), Е. И. Компантійская-Новаленская (Петербургъ), Д. В. Куклярскій (Могилевъ), П. Н. Лащенко (Харьковъ), Мальшинъ (Москва), Н. А. Миславскій (Казань), Н. И. Мухинъ (Харьковъ), И. Я. Платоновъ (Харьковъ), П. П. Платовъ (Харьковъ), проф. Н. М. Поповъ (Варшава), М. Н. Поповъ (Харьковъ), Д. И. Поляковъ (Харьковъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Москва), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), В. В. Соколовъ (Казань), Н. П. Сулима (Ямполь), А. Тельнихинъ (Саратовъ), В. А. Тихомировъ (Харьковъ), А. А. Тонарскій (Москва), А. Толконниковъ (Ярославль), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), М. И. Федоровъ (Одесса), В. Ф. Чижъ (Петербургъ), І. Б. Шергандъ (Орелъ), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), М. А. Шульгинъ (Heidelberg), А. А. Яковлевъ (Тверь) и друг.

Подписная цѣна 6 р. экземпляры 1885, 86, 87, 88, 89 и 90 гг. по 4 р.,—1884—10 р.; подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ. Типографія И. М. Варшавчика.

# СОДЕРЖАНИЕ.

	Стр.
Dr. Д. И. Поляковъ, Копролагія и сифилофобія у параноика	1.
Dr. Васятиниъ, Очеркъ патоло-анатомическихъ изслѣдова- ній, произведенныхъ, за 1889 г., въ Казанской окружной лечебницѣ . . . . .	16.
Dr. П. П. Платовъ, Случай сифилическаго менингита и гум- ми мозга. . . . .	28.
Dr. Шергандъ, Судебно-психіатрический случай . . . . .	34.
Prof. Strümpell, Сущность и лечение <i>tabes dorsalis</i> . . . . .	43.
Dr. З. В. Гутниковъ, Экспериментальное изслѣдованіе эпилеп- сін. . . . .	58.
Dr. И. Я. Платоновъ, Секція нервныхъ и душевныхъ болѣз- ней (четвертый съѣздъ общества русскихъ врачей). . . . .	77.
Библиографія, Проф. В. Ф. Чижъ, Нравственность душевно- больныхъ, 85.—Д-ръ С. С. Корсаковъ, Къ вопросу объ острыхъ формахъ умопомѣшательства, 85.—Проф. А. Я. Анфиловъ, Со- временные способы измѣренія электрическихъ токовъ при клини- ческихъ изслѣдованіяхъ реакціи нервно-мышечнаго аппарата, 87.— Д-ръ В. П. Сербскій, Объ острыхъ формахъ помѣшательства, 88.—Д-ръ В. И. Кузнецовъ, Къ вопросу о выздоровленіи отъ про- грессивнаго паралича помѣшанныхъ, 89.—Prof. Bianchi, Къ уче- нію о треморѣ при прогрессивномъ параличѣ, 91.—Prof. Bianchi, Психологія въ отношеніи къ послѣднимъ даннымъ фізіологіи мозга, 93.—Dott. Eugenio Tanzi, Физіологія и психометрія чувства тем- пературы въ діагнозѣ спинальныхъ пораженій, въ особенности синдроміади, 93.—Prof. Cesar Vigna, О фізіологическомъ и терапевтическомъ значеніи музыки, 99.—Dott. Tanzi, О нѣкото- рыхъ біологическихъ законахъ музыкальной эстетики, 99.—Dr. Vassal, О вліяніи интравенознаго впрыскиванія сока щитовид- ной железы у собакъ послѣ тиреоидэктоміи, 100.—Dr. Lwoff, Очеркъ интеллектуальныхъ пораженій при ограниченныхъ забо- лѣваніяхъ мозга, 101.—Prof. Charcot, Morbus Basedowi, 103.— Charcot, Случай абазіи, 104.—Prof. Pitres, Трофическія расстрой- ства въ истеріи, 105.—Dr. Rendu, Rhino-bronchite spasmodique, 106.—Prof. Seglas, Объ эмотивной абазіи и астазіи, 107.—Dr. Luchs, Къ ученію о патологической анатоміи умопомѣшательства, 107.— Dr. Berthelemy, Къ ученію о mal perforant въ прогрессивномъ пара- личѣ, 108.—Dr. Féré, Спазмъ писцовъ эпилептического проис- хожденія, 109.—Dr. Bitot, О мужской истеріи, 109.—Dr. Bert- het, Случай астазіи-абазіи, 110.—Dr. Dutlocq, Субкортикальная парціальная эпилепсія, 110.—Dr. Chevalier, Двигательныя рас- стройства и патогенія Базедовой болѣзни, 111.—Dr. Dutil, Ма- теріалы къ клиническому изученію истерическихъ дрожаній, 111— Dr. Gilles de la Tourette, Разсужденія о самопроизвольныхъ кро- воподтекахъ и умственномъ состояніи истеричныхъ, 112.—Dr. Gilles de la Tourette, Къ изученію истерической зѣвоты, 113.— Dr. Boiron. Изученіе діагностики общаго паралича, 114.—Prof. Babinski, Параллелія съ расслабленіемъ вслѣдствіе сжатія мозга,	



## Копролалія и сифилофобія у параноика.

(Изъ клиники проф. П. И. Ковалевскаго).

Д. И. Поляковъ.

Извѣстно, что первичное помѣшательство характеризуется поражениемъ мыслительной области первично, самостоятельно и на первомъ планѣ, при чемъ въ основѣ этого душевнаго заболѣванія не лежитъ пораженіе области самочувствія. Но изъ этого еще не слѣдуетъ, чтобы область самочувствія у первично-помѣшанныхъ оставалась ненарушенной; самочувствіе у нихъ нарушается, но вторично, послѣдовательно, какъ слѣдствіе бреда и галлюцинацій первично-помѣшанныхъ. На основаніи такой зависимости самочувствія отъ содержанія появляющагося бреда и галлюцинацій, разбираемый психозъ былъ выдѣленъ въ самостоятельную форму болѣзни, преимущественно проф. Westphal'емъ, сравнительно только недавно; въ прежнее же время эта форма душевнаго заболѣванія относилась частью къ меланхоліи, частью къ маніи, частью къ ипохондріи и истеріи. Такимъ образомъ при первичномъ помѣшательствѣ не будетъ удивительнымъ встрѣтить подавленное или вообще отрицательное самочувствіе, при чемъ такой случай паранои будетъ нѣсколько напоминать собою меланхолію; такіе случаи описаны. П. Н. Лащенко <sup>1)</sup> изъ клиники проф. П. И. Ковалевскаго, Kiernan <sup>2)</sup>, Nasse <sup>3)</sup> и Schlöss'омъ <sup>4)</sup> подъ названіемъ *Paranoia melancholica*. Подобно сочетанію первичнаго помѣшательства съ меланхолическимъ состояніемъ самочувствія, возможно таковое же сочетаніе и съ ипохондрическимъ состояніемъ самочувствія, при чемъ въ однихъ случаяхъ преобладаетъ ипохондрическое самочувствіе надъ бредомъ помѣшательства, — въ

<sup>1)</sup> П. Н. Лащенко, Архивъ психіатріи, 1890, № 4.

<sup>2)</sup> Kiernan, American Lancet, 1886.

<sup>3)</sup> Nasse, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1888.

<sup>4)</sup> Schlöss, Jahrbücher für Psychiatrie, 1890.

другихъ же случаяхъ ипохондрическое самочувствіе составляетъ только слабую тѣнь бредового состоянія и представляетъ самостоятельную форму ипохондрической параной. Morel первый указалъ на возможность сочетанія ипохондрическаго состоянія съ первичнымъ помѣшательствомъ, и даже на возможность начала первичнаго помѣшательства ипохондрическимъ состояніемъ и трансформацию ипохондрическаго бреда въ бредъ преслѣдованія. Такая возможность образованія и существованія ипохондрической параной, послѣ Morel'я <sup>1)</sup>, указана Westphal'емъ <sup>2)</sup>, Merclin'омъ <sup>3)</sup>, проф. П. И. Ковалевскимъ <sup>4)</sup>, Taube <sup>5)</sup> и др. Описанный ниже случай тѣмъ интересенъ, что въ начальномъ періодѣ его было выражено ипохондрическое состояніе, а затѣмъ рѣзко проявился бредъ преслѣдованія, хотя ипохондрическія черты, нѣсколько ослабѣвъ съ появленіемъ бреда преслѣдованія, остались до конца болѣзни.

Больной Н. Ш., ветеринарный врачъ, 35 лѣтъ, православнаго исповѣданія, женатъ. Ростъ 173 сант., крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитанный; вѣсъ тѣла 4 п. 10 ф.; объемъ груди на уровнѣ сосковъ 93 сант. Волосы на головѣ рѣдкіе, всклокоченные, волосистость всего тѣла достаточно развита. Наибольшая окружность черепа 60 сант.; затылочнo-ушная линія 21 с., лобно-ушная 29 с., темянно-ушная линія 37 с., подбородочно-ушная линія 32 с.; прямой діаметръ черепа 16, кривой отъ glabella до protuberantia occip. externa 34 с.; поперечный діаметръ 12 с., правый косой 16 с., лѣвый косой 15,5 с., діаметръ основанія черепа 20 с., діаметръ высоты черепа 13,5 с., продольно-поперечный показатель 75 с., продольно-высотный показатель черепа 88 с., высота лба 4 с., ширина лба 18., діаметръ лба 10,5 с.; форма головы округлено-овальная; уродливости и неправильности черепа, кромѣ незначительной разницы косыхъ діаметровъ, нѣтъ. Типъ черепа по показателю Брока долихоцефалическій. Лицо чистое, нѣсколько продолговатой формы; цвѣтъ кожи, лица

<sup>1)</sup> Morel, Traite des maladies mentales.

<sup>2)</sup> Westphal, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, B. XXXIV.

<sup>3)</sup> Merclin, Studie über die primäre Verrücktheit, 1879.

<sup>4)</sup> П. И. Ковалевскій, Первичное помѣшательство, 1881.

<sup>5)</sup> Taube, Ueber hypochondrische Verrücktheit, 1886.

нѣсколько блѣдноватый; слизистыя оболочки глазъ и губъ также блѣдноваты. Движенія вѣкъ сохранены, хотя нѣсколько медленны. Глаза часто вяло и не охотно двигаются то въ одну, то въ другую сторону; роговица глазъ нормальна, влажность и блескъ глазъ нормальны; зрачки слегка расширены; реакція глазъ, какъ первичная, такъ и вторичная сохранена. Поле зрѣнія праваго глаза вверхъ—60, внизъ—65, кнутри 50, кнаружи 75; поле зрѣнія лѣваго глаза вверхъ 55, внизъ 70, кнутри 45, кнаружи 75; цвѣто-ощущеніе и свѣто-ощущеніе нормальны. Острота зрѣнія  $\frac{20}{20}$ . Мышцы лица мало подвижны. Чувствительность кожи лица нормальна. Выраженіе лица спокойное, апатичное, по временамъ какъ бы задумчивое и только рѣдко, во время раздраженія, подъ влияніемъ бреда преслѣдованія, оно дѣлается нѣсколько выразительнѣе и оживленнѣе. Зубы каріозны; въ остальномъ полость рта и носа ничего ненормальнаго не представляетъ. Вкусовые и обонятельныя ощущенія нормальны. Ушныя раковины нормальной величины и отоскопія ничего ненормальнаго не обнаружила. Острота слуха праваго уха = 20 ф.; лѣваго уха = 25 ф. Слухъ черезъ черепъ сохраненъ. Область шеи безъ особенностей; лимфатическія железы нигдѣ не прощупываются. Типъ дыханія брюшной и обѣ половины грудной клѣтки экскурсируютъ правильно. Толчекъ сердца прощупывается въ 5-мъ межреберномъ промежуткѣ, кнутри отъ сосковой линіи; границы сердца нормальны; тоны сердца чисты. Печень не болѣзненна и границы ея нормальны. Перкуссія и аускультация легкихъ ничего ненормальнаго не обнаружила. Границы селезенки и температура тѣла нормальны. Пульсъ мягкій, средняго наполненія, 76 ударовъ въ минуту. Въ доступныхъ ощупыванію сосудахъ артеріосклероза нѣтъ. Суточное содержаніе мочи 1200 к. с.; моча свѣтло-желтаго цвѣта, безъ бѣлка, сахару и какихъ-либо другихъ патологическихъ примѣсей; удѣльный вѣсъ мочи 1018; реакція мочи кислая. Мочевой пузырь и сфинктеръ прямой кишки функціонируютъ правильно. Половая дѣятельность ослаблена; вотъ уже третій годъ, какъ больной разошелся съ женой и все это время не испытываетъ никакого влеченія къ женщинамъ; да и раньше чувство сладострастія у нашего боль-

ного было слабо выражено; онъ постоянно питалъ какое-то отвращеніе къ половому акту, а если и совершалъ его, то къ этому его побуждала, какъ выражается самъ больной, «одна только глупость». Строеніе позвоночника правильное, чувствительность его и подвижность нормальны. Верхнія и нижнія конечности никакихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ; мускульная система на конечностяхъ хорошо развита. Мышечная сократимость, подъ вліяніемъ электрическаго тока, нормальна. Тактильная чувствительность, температурное чувство и чувство мѣста вполне сохранены. Брюшные рефлексы и рефлексы *m. cremasteris* нормальны. Пателлярные и голеностопные сухожильные рефлексы средней величины, рефлексъ же ахиллова сухожилия на лѣвой ногѣ нѣсколько ослабленъ. Динамометрія правой руки 70, лѣвой 65, а обѣихъ рукъ вмѣстѣ 90. Потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе нормальны. Кожа ничего особеннаго не представляетъ; подкожный жирный слой умеренно развитъ; мускулатура всего организма прекрасно развита; костный скелетъ нормаленъ; никакихъ утолщеній на костяхъ не замѣтно. Аппетитъ и сонъ хороши; отправленіе кишечника правильно.

Субъективныя жалобы больного сводятся къ разстройству дѣятельности сердца. «За сердцемъ, говоритъ больной, я сталъ слѣдить потому, что замѣтилъ неправильности въ его дѣятельности; до леченія, продолжаетъ онъ, оно билось чаще и неправильно, а иногда и совсѣмъ останавливалось, тогда какъ пульсъ въ это время былъ учащенъ; теперь же, послѣ ваннъ, оно бьется рѣже и правильнѣе, хотя и теперь еще иногда останавливается». Такое представленіе о неправильной дѣятельности сердца держится у больного довольно упорно и постоянно, хотя и не вполне твердо сознается больнымъ, такъ какъ достаточно приложить доктору руку къ области сердца и сказать, что сердце работаетъ вполне правильно, какъ онъ вполне соглашается и отвѣчаетъ: «да, въ самомъ дѣлѣ бьется»; но придите вы завтра и спросите о сердце и завтра та же исторія о неправильной дѣятельности сердца. Это страданіе нисколько, однако, больного не печалитъ; онъ привыкъ къ нему и не страшится послѣдствій этого страданія; «что же, замѣчаетъ больной, наступитъ параличъ и баста». Не

страшась послѣдствій своего страданія, больной однако, очевидно, частенько думаетъ о самой болѣзни, стараясь отыскать причину и конецъ этому патологическому процессу; такъ, однажды, при моемъ посѣщеніи, онъ мнѣ замѣтилъ: «во время моей практики мнѣ пришлось лечить одну больную лошадь, у которой сердце билось также неправильно, какъ у меня, и она околѣла,—тоже будетъ и со мною»,—на вопросъ: не жалко-ли ему разстаться съ жизнью, отвѣтилъ: «конечно жалко», но по тону можно было замѣтить, что онъ этимъ не опечаленъ, ничѣмъ другимъ не высказалъ своей грусти и скорби по поводу приближающейся смерти и продолжалъ разговаривать своимъ обычнымъ спокойнымъ тономъ. Иногда онъ жалуется на боль въ пахахъ и на какую то тяжесть на внутреннихъ поверхностяхъ бедеръ, но при замѣчаніи, что желѣзы не увеличены, онъ рассуждаетъ: «что-же это, онѣ разсосались что-ли, или переродились», и этимъ страданіемъ онъ не печалится. Вообще онъ смотритъ на все спокойно и не страшится, чтобы съ нимъ ни случилось; ничему онъ не радуется и ничѣмъ не печалится.

Вниманіе къ окружающей обстановкѣ ослаблено, онъ не обращаетъ никакого вниманія на другихъ больныхъ, не вступаетъ съ ними въ разговоры, только изрѣдка скажетъ нѣсколько словъ своему сосѣду и снова молчитъ и усердно вяжетъ рыболовную сѣть. Перемѣщеніе въ другую комнату никакого вліянія на него не оказало и на вопросъ, въ какой комнатѣ ему больше нравится жить, онъ отвѣтилъ: «мнѣ все равно». Иногда онъ, впрочемъ, приходитъ въ сильное раздраженіе отъ того, что чрезъ его комнату ходятъ служители и нѣкоторые больные, тогда начинаетъ браниться и идетъ съ жалобой къ докторамъ, что ему стараются дѣлать непріятности; на вопросъ, чѣмъ дѣлаютъ ему непріятности, сначала отвѣчаетъ, что всѣмъ, а потомъ указываетъ на хожденіе служителей и больныхъ чрезъ его комнату; въ другое же время онъ, повидимому, не обращаетъ никакого вниманія на эти хожденія.

Способность воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній ослаблена; онъ не обращаетъ вниманія не только на то, что дѣлается въ сосѣдней комнатѣ, но даже и на то, что происходитъ въ его комнатѣ. Онъ не поинте-

ресовался освѣдомиться ни объ одномъ приборѣ, которыми его изслѣдовали, какъ-то безучастно относился къ самому изслѣдованію и только одинъ разъ освѣдомился: «не насчетъ-ли сердца все это дѣлается»,—получивъ утвердительный отвѣтъ, онъ этимъ и ограничился. Въ то время, какъ другіе больные интересовались послѣдними сообщеніями объ изслѣдованіяхъ проф. Коха, этотъ больной, будучи самъ врачомъ, относился къ новому методу леченія туберкулеза крайне безразлично: «такъ что-же, говорилъ онъ, все по новому». Себя больной относитъ къ числу врачей стараго времени и, признавая медицину далеко ушедшею впередъ, со времени окончанія имъ курса, не считаетъ себя компетентнымъ въ ней, не хочетъ давать отвѣты и высказывать свои собственные взгляды въ области его спеціальности: «я, говоритъ онъ, врачъ стараго времени, а у васъ теперь все какъ-то по новому; не могу же я разсуждать такъ, какъ разсуждаете вы,—вы лучше меня это знаете». Къ медицинскимъ учебникамъ относится крайне недовѣрчиво: «Богъ ихъ знаетъ, вѣрно-ли это», замѣчаетъ онъ, если ему прочесть какое-либо мѣсто изъ учебника.

Образованіе и ходъ представленій нѣсколько замедлены; больной охотнѣе ассоціируетъ представленія о болѣзни то того, то другого органа и легче мрачнаго, чѣмъ веселаго содержанія. Во время разговора съ больнымъ иногда можно замѣтить, что онъ въ свою рѣчь вставляетъ какія-то безсвязныя, не идущія къ дѣлу слова и, пробормотавши эти слова, онъ продолжаетъ свою рѣчь. Онъ самъ сознаетъ, что говоритъ слова ненужныя и совершенно лишнія для данной рѣчи, но произноситъ ихъ невольно, не будучи въ силахъ удержаться отъ этого. Слова эти различны; такъ, одинъ разъ онъ выговариваетъ: «враговъ... враговъ... враговъ», въ другой разъ «останскіе... останскіе... останскіе», а въ третій—«акумъ... акумъ... акумъ». Было время, когда онъ насильно произносилъ ругательныя и богохульныя слова. По временамъ настойчиво проситъ объяснить ему сущность гипнотизма: «скажите, говоритъ онъ, какъ «они» могутъ, сидя здѣсь въ комнатѣ, знать то, что тамъ за стѣною происходитъ». Способность запоминанія и припоминанія не нарушена; онъ

хорошо помнить, когда поступилъ и окончилъ курсъ въ ветеринарномъ институтѣ; гдѣ и когда служилъ врачомъ, но въ этомъ отношеніи онъ несообщителенъ, даже раздражается, если его начать спрашивать о его прошлой жизни, и не отвѣчаетъ, а замѣчаетъ: «да какое вамъ дѣло до этого; вы лечите и оставьте меня въ покоѣ». При отвѣтахъ нѣсколько запинается, какъ бы обдумывая и подыскивая подходящіе слова для выраженія своихъ мыслей, — не находя же ихъ и не докончивъ своей мысли, заканчиваетъ фразу какими-то глухими звуками. Сознаніе больного вполне сохранено; онъ сознаетъ, что находится въ лечебницѣ; сознаетъ все, что происходитъ вокругъ него; на просьбы своей дочери пойти домой онъ отвѣчаетъ: «нельзя, дѣтка; меня сюда прислали лечиться». Къ роднымъ больной относится равнодушно; если дочка его прійдетъ, онъ какъ будто радъ, цѣлуетъ ее; если она не приходитъ, то онъ и не вспоминаетъ о ней. Такое же отношеніе его и къ матери, которая иногда его навѣщаетъ. Къ самому себѣ относится нѣсколько небрежно; волосы на головѣ плохо причесаны и въ безпорядкѣ; бѣлье и верхнее платье грязновато, и онъ этимъ не смущается; но если его приходитъ навѣстить кто-либо, то онъ обязательно одѣвается во все чистое; на вопросъ матери, почему онъ не одѣвается лучше, больной отвѣчаетъ: «мнѣ и такъ хорошо». Сужденія и заключенія являются неоформленными, нерѣшительными, а иногда поражаютъ своей странностью и нелѣпостью; такъ, лечиться, по его словамъ, онъ сталъ только потому, что врачебный инспекторъ сказалъ, что ему надо лечиться; самъ же онъ не сознаетъ, боленъ-ли онъ на самомъ дѣлѣ или нѣтъ. Выводы изъ рѣчи другихъ у него выходятъ иногда не логичны, а подѣ часъ даже нелѣпы; такъ напримѣръ, на замѣчаніе, что у него мускулатура хорошо развита, сказалъ: «что это теперь мода такая на мускулатуру-то». На замѣчаніе, что онъ слышитъ бой карманныхъ часовъ на довольно большомъ разстояніи, онъ отвѣтилъ: «какъ же я могу слышать на такомъ разстояніи, когда я совершенно не умѣю пѣть; нѣтъ, тутъ что-то да не такъ». Относительно иллюзій и галлюцинацій сказать что-либо утвердительно трудно. Самъ онъ жалуется только на звонъ въ ушахъ, кото-

рый у него существуетъ уже давно; иногда его приходилось заставить бесѣдующимъ потихоньку, между тѣмъ какъ въ комнатѣ, кромѣ его, никого не было; при разспросахъ же о его невидимомъ собесѣдникѣ онъ отрицаетъ разговоръ, говоря: «съ кѣмъ же я буду разговаривать, когда я одинъ». Можетъ быть и жалобы его на служителей и больныхъ, которые, по его словамъ, на каждомъ шагу стараются ему дѣлать непріятности, возникаютъ подъ вліяніемъ иллюзій или галлюцинацій, но навѣрное сказать, что это такъ,—трудно; самъ же онъ въ этомъ не даетъ никакихъ разъясненій. Въ настроеніи духа замѣтна нѣкоторая подавленность, по временамъ тоска, а преимущественно индифферентизмъ. Больше любитъ онъ покой и уединеніе и сильно возстаётъ противъ попытокъ вывести его изъ этого уединенія; онъ наотрѣзъ заявилъ, что не будетъ обѣдать и завтракать за общимъ столомъ вмѣстѣ съ другими больными и настоятельно упрашивалъ подавать ему кушанье въ его комнату. Иногда, впрочемъ, на его лицѣ приходится видѣть улыбку; но и она какая-то какъ будто насильственная, искусственная; одинаково равнодушно онъ выслушиваетъ какъ печальныя, такъ и веселыя событія дня; иногда онъ высказываетъ желаніе вернуться домой и заняться земледѣліемъ въ имѣніи своей матери. Къ примѣняемому ему методу леченія онъ относится равнодушно; для него не интересно, почему ему назначаютъ то, а не другое лѣкарство; «для меня все равно, говоритъ онъ, какъ ни лечатъ, лишь-бы лечили». Рѣчь больного тихая, вялая и спокойная; отвѣты коротки и односложны, а иногда при вопросѣ онъ только посмотритъ на васъ, тѣмъ и ограничится, или замѣтитъ: «зачѣмъ это вамъ, какое вамъ дѣло», и даже разсердится. Занимается теперь больной весьма усердно вязаньемъ сѣти, которую вначалѣ онъ предназначалъ для ловли перепеловъ, а теперь предназначилъ для ловли рыбы; ничѣмъ другимъ онъ не занимается и даже читать не хочетъ.

Анамнезъ. Родители больного въ родствѣ не состояли и никогда никакими серьезными болѣзнями не страдали. Ни у родителей, ни у родственниковъ больного никакихъ нервныхъ или душевныхъ болѣзней не замѣчалось. Матери при зачатіи нашего больного было



25 лѣтъ, а отцу 31; ребенокъ этотъ родился доношеннымъ и походилъ какъ въ умственномъ, такъ и въ физическомъ отношеніи на отца. Говорить и ходить началъ, когда ему было года 1½. 3-хъ лѣтъ онъ перенесъ корь. Ребенка сильно баловали; такъ какъ онъ былъ единственное дитя у родителей, но раздражительности и капризности въ немъ не замѣчалось; ребенокъ казался мало подвижнымъ и по временамъ какъ бы задумчивымъ. На 6-мъ году онъ перенесъ скарлатину, а 7-ми лѣтъ началъ учиться. Къ наукѣ охоты у него не было, 9 лѣтъ онъ поступилъ въ прогимназію, не обнаруживая и здѣсь любви къ ученью, но тѣмъ не менѣе переходя ежегодно изъ класса въ классъ. Окончивъ курсъ прогимназіи, онъ поступилъ въ воронежскую гимназію, но здѣсь сталъ заниматься хуже. Здѣсь онъ впервые началъ заниматься онанизмомъ, приблизительно больше года. Будучи въ 6-мъ классѣ гимназіи, онъ въ первый разъ посѣтилъ публичное мѣсто и половой актъ совершилъ какъ слѣдуетъ, но удовольствія это ему не доставило. Послѣ этого онъ продолжалъ посѣщать публичныя мѣста, но всегда чувствовалъ къ нимъ отвращеніе. Вслѣдствіе малоуспѣшности онъ долженъ былъ выбыть изъ 6-го класса гимназіи и поселиться дома; здѣсь онъ ни съ кѣмъ не сходилъ, ничѣмъ не занимался, а больше любилъ уединеніе; ни отецъ, ни мать не могли убѣдить его приняться за ученье и только вскорѣ послѣдовавшая смерть отца побудила его ѣхать въ Харьковъ и поступить въ ветеринарный институтъ. Выбралъ онъ это учебное заведеніе потому, что дѣятельность ветеринарнаго врача казалась ему легкой и благодарной въ матеріальномъ отношеніи. Успѣхи его въ институтѣ были также посредственны, какъ въ гимназіи. И здѣсь онъ съ товарищами частенько посѣщалъ публичныя мѣста, хотя по прежнему къ coitus чувствовалъ отвращеніе; но это, однако, не помѣшало ему благополучно перенести уретритъ, а за тѣмъ язву на членѣ, которая закончилась сифилитической язвой въ горлѣ. Это его страшно поразило, съ этого времени больной сталъ весьма тщательно слѣдить за теченіемъ своей болѣзни и чуть-ли не ежеминутно осматривать свои половые органы и другія части тѣла; какъ результатъ такихъ частыхъ изслѣдо-

ваній и наблюденій, явилось у больного заключеніе, что пульсъ сильно учащенъ, а сердце перестало биться и т. д. Сталъ онъ почитать руководства о сифилисѣ, сталъ частенько обращаться съ вопросами къ знакомымъ медикамъ и освѣдомляться объ ихъ мнѣніяхъ о различныхъ свойствахъ сифилиса, о его теченіи, различныхъ исходахъ и, въ особенности, о его излечимости. Лечась отъ сифилиса, больной сталъ замѣчать различныя ненормальности въ своемъ организмѣ и часто задумывался надъ вопросомъ: «ужь не сифилисъ-ли служить источникомъ всего зла», и отвѣтъ получался утвердительный. Скоро онъ началъ замѣчать, что волосы на головѣ начали выпадать, зрѣніе ослабѣло; появился звонъ въ ушахъ; больной сталъ еще задумчивѣе и еще больше времени сталъ проводить въ уединеніи, обдумывая значеніе и послѣдствія своего заболѣванія. Невеселыя мысли постоянно роились у него въ головѣ: онъ пропащій и ни къ чему не годный человѣкъ; онъ преступникъ по отношенію къ своей матери, для которой онъ долженъ бы быть опорой въ старости; счастья семейной жизни ему не испытать и т. д. Въ это время у него появились галлюцинаціи зрѣнія: больной сталъ видѣть различныя картины, содержаніе и характеръ которыхъ онъ теперь не помнитъ. Какъ-то разъ днемъ онъ легъ отдохнуть, передъ его глазами что-то мелькнуло; взглянувъ въ уголъ, онъ замѣтилъ тамъ маленькаго чортика, который смотрѣлъ прямо на него; чортикъ постоялъ, постоялъ, вышелъ на средину комнаты, прошелся нѣсколько разъ по комнатѣ взадъ и впередъ, посмотрѣлъ на него, понюхалъ, замахалъ хвостикомъ и исчезъ. Больной объ этомъ никому не сказалъ, заранѣе будучи убѣжденъ, что ему не повѣрятъ. Въ 1878 году больной окончилъ курсъ въ институтѣ и получилъ мѣсто земскаго ветеринарнаго врача въ Курской губерніи; служба здѣсь ему не понравилась и онъ поѣхалъ въ Петербургъ хлопотать о другомъ мѣстѣ. Скоро онъ, дѣйствительно, получилъ мѣсто въ Вязьмѣ; въ Вязьмѣ же получилъ мѣсто его товарищъ, вмѣстѣ съ нимъ ѣздившій въ Петербургъ для той же цѣли. Этотъ товарищъ сообщилъ больному, что за всѣми молодыми людьми, ѣздившими въ Петербургъ, слѣдовательно и за ними, учрежденъ надзоръ, впредь

до выясненія ихъ личности и дѣйствительныхъ причинъ и цѣлей ихъ поѣздокъ. Это извѣстіе сильно по-дѣйствовало на больного; онъ сталъ еще рѣже показываться на улицѣ и въ обществѣ; ему казалось, что дѣйствительно всѣ слѣдятъ за нимъ. При малѣйшемъ шумѣ на улицѣ и стукѣ въ дверь больному казалось, что вотъ идетъ полиція, чтобы захватить его и предать суду. Чтобы избавиться отъ подобнаго преслѣдованія и положить конецъ возникшему у полиціи подозрѣнію, и чувствуя себя вполне невиновнымъ, онъ отправился къ прокурору, съ цѣлію выяснить ему настоящую причину поѣздки его въ столицу и доказать ему свою невиновность. Явившись къ прокурору, онъ умолялъ его не вѣрить клеветамъ и не доводить дѣло до суда; обѣщанія и увѣренія прокурора не успокоили его, такъ какъ и въ этомъ онъ видѣлъ какую-то хитрость и ловушку. Теперь за нимъ стали слѣдить не одна уже полиція, но и его ближайшіе начальники; это онъ замѣтилъ по ихъ обращенію съ нимъ: руку они ему подавали нехотя и какъ-то особенно, говорили съ нимъ неучтиво и предъявляли къ нему большія требованія. При такихъ условіяхъ больной не могъ больше оставаться на этомъ мѣстѣ и скоро оставилъ службу. Вскорѣ послѣ этого ему предлагали очень интересное мѣсто въ одномъ кавалерійскомъ полку, но онъ отказался отъ него на томъ основаніи, что здѣсь скоро-рѣ всего могутъ нагрянуть жандармы и схватить его, а уѣхалъ въ деревню къ своей матери и тамъ занялся хозяйствомъ. Здѣсь, вдали отъ властей, онъ сдѣлался какъ будто веселѣе и менѣе подозрительнымъ, но общества все таки избѣгалъ и всегда уходилъ въ свою комнату, если къ нимъ приходили гости. Только съ одной дѣвушкой иногда онъ просиживалъ очень долго и, наконецъ, рѣшилъ на ней жениться, надѣясь получить въ приданое 4 т. рублей; но въ день брака онъ отказался идти въ церковь на томъ основаніи, что тамъ будетъ много народу, замѣтятъ, кто вѣнчается, схватятъ его и отдадутъ подъ судъ,—только обѣщаніе матери и родственниковъ ни за что не выдавать его, убѣдили его отправиться въ церковь. Къ женѣ онъ скоро охладѣлъ, не смотря на ея заботливыя отношенія къ нему, сталъ удаляться отъ нея и сдѣлался снова задумчи-

вымъ. Хозяйственныя занятія его мало интересовали и онъ ими мало занимался, а большую часть дня сидѣлъ у окна и смотрѣлъ куда-то вдаль, какъ будто о чемъ-то размышляя. Чтеніемъ книгъ по своей специальности онъ не занимался. Хотя аппетитъ у него былъ хорошій, но къ столу являлся только по приглашенію, умывался только тогда, когда передъ нимъ ставили тазъ и рукомойникъ и напоминали о необходимости умыться; въ его костюмѣ начала проявляться неряшливость. Черезъ годъ послѣ брака жена родила дѣвочку; это событіе вызвало въ немъ слабую и скоро прошедшую радость; онъ снова погрузился въ свои размышленія и какъ бы позабылъ объ этомъ событіи. Непріязненные отношенія къ женѣ въ это время продолжались, но, тѣмъ не менѣе, довольно часто онъ удерживалъ ее дома и уговаривалъ не выходить изъ дому, не указывая, однако, на причину этого желанія; однако это скоро разъяснилось, такъ какъ онъ старался не выпускать и свою мать на томъ основаніи, что «люди ее могутъ обидѣть, если она выйдетъ на улицу. Черезъ 3 года жена его родила мальчика, прожившаго 3 мѣсяца. Смерть ребенка произвела на него сильное вліяніе; задумчивость и мрачное настроеніе духа усилились; иногда онъ произносилъ вслухъ: «сифились.... сифились....; изъ-за меня несчастны!» Онъ сталъ просить мать помолиться за него несчастнаго, за его юношескіе грѣхи и обвинялъ себя въ томъ, что женился. Онъ пересталъ цѣловать свою дочку и не позволялъ ей прикасаться къ нему губами. Ему казалось, что всѣ знаютъ, что причиною смерти ребенка былъ его позорный недугъ, что онъ опозоренъ передъ всѣми. «Маша! говорилъ онъ, обращаясь къ женѣ; всѣ знаютъ, что у насъ дѣлается; вѣдь теперь можно сидѣть въ одной комнатѣ и знать все, что дѣлается въ другой». Думая, что все это съ нимъ происходитъ огъ бездѣтельности, родные убѣдили его занять мѣсто врача въ уфимской губерніи, но служебная дѣятельность его не развлекала и больной нашъ началъ замѣчать, что мужики, являвшіеся къ нему съ больными животными, съ недовѣріемъ относились къ его діагнозу и методу леченія. Нерѣдко ему приходилось слышать, что другой ветеринаръ ставилъ другой діагнозъ и назначалъ какія-то

другія лекарства. Все это привело больного къ заключенію, что наука теперь уже не та, что или болѣзни перемѣнились, или же теперь ихъ толкуютъ иначе и соотвѣтственно съ этимъ назначаютъ и другое леченіе. Больной началъ читать новыя руководства съ цѣлю провѣрить свои предположенія и пріобрѣсти знанія по послѣднимъ указаніямъ науки. Но въ новыхъ руководствахъ больной ничего не понималъ и пришелъ къ заключенію, что новая наука для него terra incognita, что прежняя наука, настолько сильно измѣнилась, что ему теперь нѣтъ никакой возможности приспособиться; но что всего удивительнѣе, такъ это то, что онъ и не замѣтилъ, какъ это прошелъ «старый періодъ» и наступилъ «новый», для него совершенно непостижимый; точно онъ заснулъ въ «старомъ» и, проспавъ переходное время, проснулся въ «новомъ» періодѣ. Для разъясненія этого страннаго явленія онъ рѣшилъ побывать въ Харьковѣ у профессоровъ, а до того времени началъ отказывать въ поданіи помощи заболѣвшимъ животнымъ. Результатомъ этого рѣшенія явился совѣтъ начальства помѣстить его въ уфимскую больницу, куда онъ согласился поступить безъ протеста, только не мало удивляясь, что его, совершенно здороваго чловѣка, помѣстили среди больныхъ. Несознание своей болѣзни не препятствовало ему исправно принимать лекарства и исполнять всѣ предписанія врачей. Въ уфимской больницѣ онъ пробылъ 6 мѣсяцевъ и былъ переведенъ на Сабурову дачу въ Харьковъ, гдѣ онъ пробылъ 10 мѣсяцевъ. Выписавшись изъ Сабуровой дачи онъ поселился у матери въ деревнѣ. Задумчивость больного въ это время, по словамъ матери, уменьшилась, но началъ проявляться индифферентизмъ; онъ началъ жить такъ, какъ будто передъ его глазами ничто не совершалось. Въ это время онъ сталъ во время разговора произносить не идущія къ дѣлу слова: «акумъ... акумъ...., или «останскіе.... останскіе....». Въ октябрѣ мѣсяцѣ 1890 года онъ съ описанными явленіями поступилъ въ лечебницу д-ра И. Я. Платонова, служащую клинкой проф. П. И. Ковалевскаго.

Если мы теперь сдѣлаемъ краткій обзоръ симптомовъ даннаго случая, то увидимъ, что основою болѣзни послужилъ тотъ моментъ, когда больной заболѣлъ

сифилисомъ. Это обстоятельство послужило толчкомъ къ развитію ипохондрическаго состоянія, къ самонаблюденію и къ отыскиванію всевозможныхъ заболѣваній во всѣхъ возможныхъ органахъ. Въ дальнейшемъ теченіи болѣзни къ этому присоединилась подозрительность, бредъ преслѣдованія, иллюзіи и галлюцинаціи; у него сложилось новое міровоззрѣніе и, сообразно съ этимъ новымъ міровоззрѣніемъ, онъ началъ проявлять дѣйствія и поступки, вполне гармонирующіе съ его бредовыми идеями, иллюзіями и галлюцинаціями. Онъ видитъ, что за нимъ подсматриваютъ и преслѣдуютъ, поэтому онъ бросаетъ службу и скрывается въ деревню: онъ додумался, что онъ врачъ «старого періода», а въ «новомъ періодѣ» ничего не смыслить, поэтому до удобнаго случая прекращаетъ лечить заболѣвшихъ животныхъ; онъ видитъ, что всѣ желаютъ сдѣлать ему и его роднымъ какую-нибудь обиду, поэтому принимаетъ мѣры избѣгнуть этой обиды: онъ и самъ нигде не выходитъ, и не выпускаетъ своихъ родныхъ.

Такимъ образомъ ясно, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ первичное помѣшательство, начавшееся ипохондрическимъ состояніемъ и пока не пошедшее дальше подозрительности и бреда преслѣдованія.

Кромѣ этого въ данномъ случаѣ есть еще одно весьма интересное явленіе,—это насильственное произнесеніе словъ или копролалія. Копролалія, по существу, есть насильственное движеніе, проявляющееся въ формѣ рѣчи. Это явленіе относится къ элементарнымъ психическимъ расстройствамъ и представляетъ одинъ изъ частныхъ признаковъ вырожденія. Это явленіе часто наблюдается у истеричныхъ, хореиковъ и проч. Такіе больные произносятъ эти слова противъ своей воли, вполне сознавая неумѣстность и глупость этихъ словъ, но тѣмъ не менѣе не могутъ этому воспрепятствовать. Бѣда еще не такъ велика, если произносятся безобидныя слова; но бываютъ случаи, гдѣ вполне приличные и почтенные мужчины и дамы, не обращая вниманія ни на многочисленное и вполне приличное общество, ни на мѣсто и время, среди разговора произносятъ неприличные, пошлыя и богохульныя слова, что отчасти и имѣетъ мѣсто съ нашимъ больнымъ.

Изъ анамнеза нашего больного нельзя усмотрѣть патологической наслѣдственности, между тѣмъ характеръ основной болѣзни, явленія копролаліи, а также аномалія полового чувства очень много говорятъ въ пользу наслѣдственной дегенерации. Комбинація копролаліи съ параноей—явленіе весьма рѣдкое, почему мы и считали необходимымъ описать данный случай.

Кромѣ того нашъ больной представляетъ интересъ еще въ одномъ отношеніи, онъ имѣлъ сифилисъ и сифилисъ этотъ имѣлъ несомнѣнное вліяніе на развитіе душевной болѣзни. Это вліяніе отразилось прежде всего прямымъ воздѣйствіемъ сифилиса на дегенеративную центральную нервную систему. Но еще рѣзче отразилось вліяніе сифилиса не прямымъ, а косвеннымъ образомъ: бывший сифилисъ произвелъ на больного тяжкое нравственное потрясеніе и въ значительной мѣрѣ подорвалъ устойчивость нервной системы. Мысль о возможности возврата болѣзни и о возможности заразы ужасной болѣзью близкихъ ему людей—страшно угнетала и теперь гнететъ больного, поддерживая нравственную и нервную неустойчивость. Съ другой стороны, противусифилитическое леченіе подѣйствовало на организмъ, органически ослабляя и истощая его, и поддерживая ту нервную неустойчивость, которая зиждется на сифилитической и сифилофобической почвѣ. Вотъ почему, несмотря на бывший сифилисъ у больного, антисифилитическое леченіе въ данномъ случаѣ, въ виду полного отсутствія въ данный моментъ какихъ либо симптомовъ сифилиса въ организмъ больного, было-бы не только не полезно, а даже губительно.

---

# Очеркъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій, произведенныхъ, за 1889 годъ, въ казанской окружной лечебницѣ.

Д-ръ Васяткинъ,

ординаторъ казанской окружной лечебницы.

Вскрытія умершихъ въ лечебницѣ велись съ основанія ея. Обыкновенно вскрывалъ одинъ изъ ординаторовъ лечебницы, присутствіе другихъ ординаторовъ имѣло мѣсто только въ особенныхъ случаяхъ, когда приглашался проф. патологической анатоміи, А. В. Петровъ и въ такомъ случаѣ результаты изслѣдованія записывались въ протоколъ, который дѣлался достояніемъ кафедры патологической анатоміи, равно какъ и органы, патологически измѣненные \*). Съ конца 1885 года вскрытія умершихъ ведутся уже систематически, съ участіемъ проф. психіатріи, В. М. Бехтерева, на вскрытіяхъ присутствуютъ всѣ ординаторы, а часто и директоръ лечебницы. Съ этого времени протоколы вскрытій, а также патологически измѣненный мозгъ—головной и спинной—остаются на храненіи въ лечебницѣ; этимъ и положено было начало патолого-анатомическаго музея лечебницы. Коллекція мозговъ, съ годами, росла и въ настоящее время лечебница можетъ считать у себя болѣе ста экземпляровъ мозговъ, подлежащихъ изслѣдованію желающаго.

Ординаторы лечебницы, наблюдавшіе у себя въ отдѣленіи клинически больного, въ случаѣ летальнаго исхода, желали имѣть разъясненіе нѣкоторыхъ явленій на секціонномъ столѣ не только со стороны собственно мозга, но и остальныхъ органовъ; послѣднее обстоятельство и было мотивомъ приглашенія съ конца 1888

\*) Матеріалы къ патологической анатоміи душевныхъ болѣзней. В. В. Соколовъ. Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи. Т. XII, 1888. г. Харьковъ.



года всякій разъ на вскрытіе, кромѣ проф. психіатріи, еще и проф. патологической анатоміи, Н. М. Любимова. Такимъ образомъ патолого-анатомическія изслѣдованія ведутся въ казанской окружной лечебницѣ въ послѣднее время подробно. Разобрать накопляющійся матеріалъ мы и поставили себѣ цѣлью. Такъ какъ подробныя вскрытія начались съ 1889 года, то съ этого года мы и расчитываемъ представлять «патолого-анатомическіе очерки» ежегодно.

Въ 1889 г. умершихъ больныхъ въ казанской окружной лечебницѣ было: женщинъ 14, мужчинъ 25, а всего 39 человекъ; изъ нихъ подлежали вскрытію 32 чел. — остальные трупы или были возвращены, по просьбѣ, роднымъ, или отданы на нужды студентовъ въ анатомическій театръ.

По диагнозу \*) больные распредѣлялись:

	Жен.	Муж.	Обоего пола.
Mania hallucinatoria . . . . .	1	0	1.
Mania gravis. . . . .	0	1	1.
Melancholia . . . . .	1	0	1.
Hypochondria . . . . .	0	1	1.
Paranoja . . . . .	0	1	1.
Epilepsia . . . . .	1	2	3.
Dementia paralytica . . . . .	3	10	13.
» consecutiva . . . . .	2	0	2.
» senilis . . . . .	2	2	4.
Alcoholismus . . . . .	0	1	1.
Idiotismus . . . . .	1	2	3.
Испытуемый **) . . . . .	0	1	1.
Итого . . . . .	11	21	32.

Патолого-анатомическія измѣненія.

**I. Нервная система.** 1) Твердая оболочка головного мозга. *Воспаленіе твердой оболочки мозга*—Rachymeningitis—оказалось въ 22-хъ случаяхъ: 19 разъ хроническимъ (однажды осложненнымъ свѣжимъ) и 3 раза свѣжимъ.

\*) Казанская окружная лечебница держалась классификаціи по Крафтъ-Эбингу съ тѣми измѣненіями, которыя указаны въ «Обзорѣ дѣятельности Каз. Окр. Л. за 1884—88 года» В. Н. Васяткина и И. И. Наумова, «Вѣстник. Общ. Гигіены, Судебн. и Практич. Медицины». Т. VIII. К. I. 1890 г.

\*\*) Сартъ изъ Ферганской области, присланный на испытаніе.

Хроническое воспаленіе твердой оболочки головного мозга *pachymeningitis chronica fibrosa*—найдено было какъ *externa* 10 разъ и какъ *interna* 9 разъ. Первая форма наблюдалась: у паралитически слабоумнаго, у идіота, при *mania gravis*, у ипохондрика, у эпилептика, у меланхолика, у 2-хъ старчески слабоумныхъ и 2 раза при послѣдовательномъ слабоуміи. Во всѣхъ перечисленныхъ случаяхъ по наружной поверхности твердой мозговой оболочки были разбросаны болѣе или менѣе толстыя фиброзныя пленки, получавшіяся въ видѣ обрывковъ, при снятіи обыкновенно крѣпко приросшей черепной чашки. Вторая форма встрѣчена у параноика 1 разъ, 4 раза у паралитически слабоумныхъ, по 1 разу у эпилептика и при *mania hallucinatoria*,—въ перечисленныхъ случаяхъ пленки на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки были тѣхъ же свойствъ, что и по наружной поверхности и кромѣ того онѣ усѣяны были мѣстами старыми геморрагіями (у паралитически слабоумнаго) и еще разъ у испытуемаго организованнаго, пронизаннаго ржаваго цвѣта пигментомъ, воспалительныя пленки располагались почти по всей лѣвой половинѣ внутренней поверхности твердой мозговой оболочки. *Свѣжее воспаленіе твердой оболочки головного мозга* было констатировано 3 раза: однажды на наружной поверхности—*pachymeningitis fibrinosa haemorrhag. externa*, у паралитически слабоумнаго найдены были разбросанными свѣжія, тонкія, легко снимаемая, пронизанная мелкими кровоизліяніями фибринозныя пленки, располагавшіяся по ходу *art. mening. med.* обѣихъ сторонъ,—и два раза на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки—*pachymeningitis fibrinosa haemorrhag interna* у параноика и паралитически слабоумнаго, гдѣ фибринозныя пленки по преимуществу слѣдовали ходу *art. mening. mediae*.

*Osteoma твердой мозговой оболочки* была встрѣчена однажды у паралитически слабоумнаго, при чемъ костная бляшка лежала на *pros. falciiformis*.

2) *Мягкая оболочка—Leptomeningitis* было найдено 17 разъ, какъ хроническое и какъ острое. *Leptomeningitis chronica fibrosa* встрѣчена 10 разъ; мягкая мозговая оболочка была утолщена и сращена съ подлежащею тканью мозга болѣе или менѣе крѣпко; сращеніе

было то сплошное, то мѣстное. Сплошное сращеніе найдено въ трехъ случаяхъ у паралитически слабоумныхъ; мѣстное же сращеніе мягкой мозговой оболочки преимущественно въ лобныхъ, центральныхъ и темянныхъ доляхъ было наблюдаемо у паралитически слабоумныхъ 4 раза, у алкоголика, идіота и при *mania gravis* 1 разъ. *Leptomeningitis suppurativa* констатировано 7 разъ: у параноика, испытываемаго, ипохондрика по 1 разу, у старчески слабоумныхъ и паралитически слабоумныхъ по 2 раза. Во всѣхъ случаяхъ процессъ выражался то слабымъ помутнѣніемъ, то желтовато-зеленой окраской вдоль сосудовъ мягкой мозговой оболочки и занималъ болѣе или менѣе обширныя мѣста полушарій.

3) Мозгъ. *Вѣсъ мозга:*

ДІАГНОЗЪ.	Число случаевъ.	Вѣсъ у мужчинъ.		Вѣсъ у женщинъ	
		min.	max.	min.	max.
Mania hallucinatoria	1	—	—	.....11	72.....
Mania gravis . . .	1	.....14	37.....	—	—
Melancholia . . .	1	—	—	.....12	48.....
Hypochondria . . .	1	.....15	43.....	—	—
Paranoja . . . . .	1	.....11	65.....	—	—
Epilepsia . . . . .	3	1380	1572	.....12	96.....
Dementia paralytica	13	1120	1358	990	1178
Dementia consecutiva	2	—	—	1162	1235
Dementia senilis . .	4	1405	1424	1190	1240
Alcoholismus . . .	1	.....12	91.....	—	—
Idiotismus . . . . .	3	1339	1487	.....10	32.....
Испытуемый . . .	1	.....15	84.....	—	—

*Аномалии въ развитіи мозговой ткани и сосудовъ ея* встрѣчены были 5 разъ: при *mania hallucinatoria*, гдѣ правая лобная доля имѣла четыре извилины, лѣвая же три; задній рогъ праваго бокового желудочка былъ недоразвитъ и лѣвая задняя мозговая артерія имѣла начало непосредственно изъ *arteria carotid.*, соединяясь *cum art. basilug.* лишь сообщительной вѣтвью; правая же сообщительная вѣтвь была капиллярной толщины; далѣе, *при эпилепсіи* задній рогъ праваго бокового желудочка отсутствовалъ; лѣвая задняя мозго-

вая артерія началась изъ art. Fossae Sylviae, при чемъ существовала и задняя сообщительная вѣтвь, соединяющая ее съ art. basilar.,—art. vertebralis dextra была вдвое тоньше лѣвой; *при алкоголизмѣ* затылочно-темянная борозда праваго полушарія переходила въ затылочную правую, межтемянная же правая отсутствовала; сосуды мозга были развиты правильно, но склерозированы и art. vertebralis имѣла небольшую цилиндрическую аневризму; *при паралитическомъ* слабоуміи, правая art. vertebralis была вдвое уже лѣвой и v. v. Galeri magn. были сдавлены плотными сращениями мягкой мозговой оболочки надъ согрота quadrigemina; наконецъ *пятый* случай не представлялъ рѣзкой аномаліи, а лишь найдено было *при эпилепсиі*, часто встрѣчающееся измѣненіе: межтемянная борозда въ лѣвомъ полушаріи почти отсутствовала, прерываясь поперечными извилинами. *Атрофія мозговой ткани* встрѣчена была до 15 разъ, въ 1 случаѣ первичнаго помѣшательства, въ 3-хъ случаяхъ старческаго слабоумія и въ 11-ти паралическаго слабоумія. Рѣзкая атрофія была выражена однажды у старчески слабоумной, она проявлялась западеніемъ мозговой ткани коркового слоя; такъ, значительной величины западенія были найдены въ верхней части 1-й лобной извилины на обѣихъ полушаріяхъ и меньшей величины западенія соответствовали мѣсту соединенія 1 и 2 лобныхъ бороздъ съ предцентральною. Въ 2-хъ случаяхъ старческаго слабоумія, въ 1-мъ первичнаго слабоумія и въ 11-ти паралическаго слабоумія проявлялась атрофія извилинъ въ переднихъ доляхъ полушарій мозга: онѣ были сжаты и истончены въ видѣ гребня, промежутки между ними были очень широки.

*Hydrocephalus internus* найденъ былъ 10 разъ: 6 разъ у паралически слабоумныхъ и по одному разу у первично помѣшаннаго, при mania gravis, при эпилепсиі и при старческомъ слабоуміи. Обыкновенно были растянуты въ большей или меньшей степени боковые желудочки и только у одного паралически слабоумнаго растянутъ былъ еще V-й желудочекъ: длиною 7 сант. и шириною 4,5 ст. *Ependemitis* встрѣченъ былъ 1 разъ у паралически слабоумнаго, при чемъ, благодаря разращенію и сращенію эпендимы, задніе рога

обоихъ желудочковъ были значительно уменьшены. *Granulationes ependimae* встрѣчены были при паралитическомъ слабоуміи 5 разъ и старческомъ слабоуміи 1 разъ. У старчески слабоумнаго были найдены рѣзкія грануляціи на днѣ IV желудочка, рядомъ съ слабо выраженными грануляціями эпендимы боковыхъ желудочковъ. У паралитически слабоумныхъ грануляціи въ одномъ случаѣ занимали все дно четвертаго желудочка, въ трехъ случаяхъ хотя разрастаніе было разлитое, но онѣ казались слабо выстоящими и, наконецъ, въ пятомъ случаѣ онѣ усматривались только вблизи *salami scriptorii*, въ этомъ случаѣ была неравномѣрность въ развитіи *art. vertebralis* и сдавленіе *v. v. galeni magn.* надъ *сogroga quadrigemina*. Отекъ мозга—*oedema cerebri*—встрѣчался конечно неоднократно; мы не будемъ здѣсь останавливаться въ описаніи измѣненій мозга, потому, что измѣненія эти вытекали изъ выше указанныхъ аномалій,—и отмѣтимъ только, что въ болѣе рѣзкой формѣ отекъ мозга выраженъ былъ у паралитически слабоумныхъ 2 раза. Здѣсь же упомянемъ, что описанія патологически измѣненныхъ сосудовъ собственно головного мозга отнесены къ системѣ ниже слѣдующей, кровеносной.

**II. Система кровеносная и лимфатическая.** 1) Сердце. *Хроническое воспаление около-сердечной сумки—pericarditis fibrosa chronica*—встрѣчено было 3 раза, изъ нихъ 2 раза какъ *pericard. circumscripta*—на передней стѣнкѣ лѣваго желудочка у паралитически слабоумнаго и на передней стѣнкѣ праваго желудочка у старчески слабоумнаго,—и однажды какъ разлитое—*pericardit. diffusa*,—обусловивши сращенія висцеральнаго и паріетальнаго листковъ. *Воспаленіе клапановъ сердца—endocarditis valvularis*—встрѣчено было 8 разъ. Оно выражалось уплотнѣніемъ клапановъ—*endocardit. valv. chron. fibrosa*, наращеніемъ на нихъ—*endocardit. valv. chr. fibr. reccur.* и сращеніемъ ихъ зубцовъ—*endocardit. valv. chr. fib. retrah.* Первая форма была на *v. v. bicuspidalis* у испытуемаго, у паралитически слабоумнаго и у эпилептика и однажды на *v. v. semilunaris aortae* у паралитически слабоумнаго. Вторая форма была на *v. v. semilunaris aortae* у паралитически слабоумнаго, причемъ клапаны были грубы, не ровны,

обложены по линіи замыканія бородавчатыми фибринозными массами. Третья форма—сращенія зубцовъ была на v. mitralis у эпилептика,—на v. semilunaris аорта у алкоголика при чемъ въ томъ и въ другомъ случаѣ отверстія были сильно сужены. *Tendinitis verrucosa* найдено только однажды при Dementia consecutiva; къ свободному краю v. tricuspidalis прилегалъ свертокъ, державшійся на chorda tendinea, величиною съ лѣсной орѣхъ, желтоватаго цвѣта и мягкой консистенціи.

2) Кровеносные сосуды.—*Атерома аорты—endocardit. chronica deformans*—была найдена 4 раза: при Dementia paralytica, при Mania gravis и при Dementia senilis 2 раза. Въ первыхъ трехъ случаяхъ на шероховатой интимѣ найдены были плотныя, желтоватыя бляшки, а въ послѣднемъ стѣнки аорты мало того, что представлялись усѣянными бляшками, но и пронизаны въ мѣстахъ бляшекъ известковыми пластинками. Просвѣтъ аорты былъ сильно расширенъ. *Атерома другихъ артерій—endocardit. chronica deformans*—наблюдалась 3 раза: въ одномъ случаѣ въ art. carotis sin. basis cerebri и въ а. а. Fossae Sylviae и въ другомъ въ art. vertebralis sin basis cerebri при старческомъ слабоуміи; наконецъ въ а. а. Fossae Sylviae и coronariae cordis у ипохондрика. *Тромбъ артерій* былъ найденъ при Dementia consecutiva и при старческомъ слабоуміи. Въ первомъ случаѣ весьма обширный тромбъ занималъ главный стволъ лѣвой вѣтви легочной артеріи, а также распространялся и на двѣ побочныя, шедшія къ нижней доли легкаго. Во второмъ случаѣ тромбъ б. пристѣночный и помѣщался на стѣнкѣ art. subclav. sinistr. *Неправильность развитія сосудовъ* встрѣчена была 1 разъ при Dementia consecutiva, гдѣ отъ arcus aortae отходили четыре вѣтви: а. anonyma, а. carotis sin., а. subclavia sin., а. subclavia dextra. Просвѣтъ а. subclavia sin. значительно уже просвѣта а. subclavia dextra; окружность первой  $1\frac{1}{3}$  сан., окружность второй 2 ст.

3) *Оселезенка—Perisplenitis circumscripta fibrosa* была найдена 2 раза у старчески слабоумныхъ, при чемъ на наружной поверхности селезенки въ каждомъ случаѣ имѣлось по одному обширному сухому пятну, однородному въ разрѣзѣ, молочно-бѣлаго цвѣта. *Амрофія*

*селезенки* была наблюдаема 1 разъ при *Dementia senilis*, гдѣ селезенка была длиною 10 ст., шириною 6 ст. и толщиною 2 ст. *Пигментная инфильтрація* была найдена также 1 разъ при *Dementia paralytica*. *Мягкое опуханіе селезенки* наблюдалось 7 разъ: при *Dementia paralytica* 2 раза, при *Dementia consecutiva* тоже 2 раза и по одному разу при *Mania hallucinatoria*, при идиотизмѣ и при *Epilepsia*. *Плотное опуханіе* было найдено 1 разъ при первичномъ помѣшательствѣ. *Туберкулы селезенки* найдены были 2 раза у старчески слабоумнаго и у испытуемаго. *Aneurysma cyssoidea* art. *lienalis* была наблюдаема 1 разъ у старчески слабоумнаго.

**III. Система органовъ дыханія.** 1) *Легкія*. *Peribronchitis nodosa* была встрѣчена 1 разъ при *Dementia senilis*, при чемъ въ разрывѣ ткани легкихъ, узелки состояли изъ двухъ частей: периферической и центральной,—по удаленіи послѣдней, оставалось круглое отверстіе бронховъ. *Бронхо-эктазія* встрѣчена была 1 разъ при *Dementia paralytica*, при чемъ въ разрывѣ обоихъ легкихъ бронхи были расширены и наполнены сгущенной желтовато-зеленой массой. *Эмфизема легкихъ* наблюдалась 5 разъ: при *Dementia paralytica* 2 раза, при *Dementia senilis*,—*Dementia consecutiva* и при алкоголизмѣ по 1 разу. *Инфарктъ* легкаго былъ найденъ 1 разъ въ нижней долѣ лѣваго легкаго при *Dementia consecutiva*. *Слѣшанная форма творожистой пневмоніи* обоихъ легкихъ и *крупозной* въ нижней долѣ лѣваго встрѣчена была 1 разъ у испытуемаго, при этомъ каверны были величиною въ крупный греческій орѣхъ. *Крупозная пневмонія*, кромѣ вышеупомянутаго случая *слѣшанной* формы, найдена была 2 раза: при *Dementia paralytica* и *epilepsia*. При *Dementia paralytica* въ процессъ вовлечены были обѣ доли лѣваго и средняя праваго легкаго, измѣненная ткань легкихъ находилась въ періодѣ спленизації; при *epilepsia* процессъ ограничивался нижнею долей праваго легкаго и находился въ періодѣ сѣраго опеченѣнія. *Свѣжая дольчатая (катарральная) пневмонія* была встрѣчена 4 раза: при *Dementia paralytica* 2 раза, при *Dementia senilis* и при *Dementia consecutiva* по одному разу. *Хроническая катарральная пневмонія* была найдена 6 разъ: при *De-*

mentia senilis 2 раза, при паралитическомъ слабоуміи, первичномъ помѣшательствѣ, идиотизмѣ и при mania gravis по одному разу. Во всѣхъ случаяхъ ткань легкаго по направленію отъ верхушки къ основанію была пронизана узловато инфильтрированными очагами. Верхнія доли легкихъ обыкновенно заняты были твердыми фокусами и кавернами.

2) **Плевра.** — *Свѣжее воспаление плевры* — *pleuritis fibrinosa* было наблюдаемо 2 раза: при epilepsy 1 разъ, гдѣ воспаление ограничивалось одною правою стороною, — и другой разъ при mania hallucinatoria, гдѣ плевритъ былъ двусторонній. *Слипчивое воспаление плевры* — *pleuritis adhaesiva chronica* было наблюдаемо 5 разъ, — а именно при Dementia paralytica 3 раза, изъ которыхъ въ одномъ на висцеральномъ листкѣ плевры найдена была извѣстковая бляшка, величиною съ двугривенный, и затѣмъ по одному разу при Paranoja и при Dementia senilis. *Гнойный плевритъ* — *pleuritis suppurativa* — встрѣенъ былъ 1 разъ на правой сторонѣ, при Epilepsia.

**IV. Система органовъ пищеваренія.** 1) **Тонкія кишки.** *Туберкулы и туберкулезныя язвы* найдены были 3 раза: при Dementia senilis, Dementia paralytica и Dementia consecutiva. *Дифтеритическое воспаление* нижней части тонкихъ кишекъ съ переходомъ въ толстыя встрѣчено было 1 разъ у идиота.

2) **Толстыя кишки.** *Туберкулы и туберкулезныя язвы* встрѣчены были 2 раза при Epilepsia и при Paranoja. *Дифтеритическое воспаление* найдено было у старческаго слабоумнаго и дифтеритическія язвы у идиота, при этомъ язвы особенно многочисленны были въ отдѣлѣ in recto и тамъ же въ подслизистой ткани встрѣчены геморрагіи.

3) **В брюшина.** *Воспаление брюшины* — *peritonitis suppurativa* найдено было 2 раза: у паралитически слабоумнаго и у идиота. *Peritonitis fibrosa* при Hypochondria и *peritonitis tuberculosa* при Epilepsia.

4) **Печень.** *Буряя атрофія печени* встрѣчена была тоже 2 раза: при Dementia paralytica и при Dementia senilis. *Застойная гиперемія печени* встрѣчена была 10 разъ: у паралитически слабоумныхъ 4 раза, у старчески слабоумныхъ 2 раза и по одному разу у первично помѣшаннаго, эпилептика, алкоголика и идиота. *Па-*



*ренхиматозное опуханіе органа* было найдено 2 раза при *Dementia consecutiva* и при *Epilepsia*. *Жировая инфильтрація* печени найдена была 5 разъ: при *Dementia paralytica* 2 раза и по одному разу при *Nephrochondria*, у *Dementia consecutiva* и у испытуемаго. *Пигментная инфильтрація* печени встрѣчена была 1 разъ у старчески слабоумнаго. *Амилондное перерожденіе* найдено было при *Epilepsia* въ слабой степени и у испытуемаго въ очень сильной. — *Ангиома печени* встрѣчена была 1 разъ при *Epilepsia*, подъ капсулой правой доли, у свободного края печени, величиною въ чечевицу. *Туберкулы* печени встрѣчены 1 разъ въ видѣ разсѣянныхъ сѣрыхъ узелковъ въ буровато-красной паренхимѣ органа, при *Dementia paralytica*.

**V. Система мочевыхъ органовъ.** 1) *Почки.* *Застойная гиперемія* найдена 6 разъ, изъ нихъ при *Dementia paralytica* 3 раза и по одному разу у старчески слабоумнаго, алкоголика и испытуемаго. *Пигментная инфильтрація* была наблюдаема 1 разъ при *Dementia paralytica*. *Амилондное перерожденіе* было встрѣчено также 1 разъ при *Epilepsia*. *Паренхиматозное воспаление почекъ* — *nephritis parenchymatosa* — было наблюдаемо 3 раза: при *Dementia paralytica*, *Dementia consecutiva* и у испытуемаго. *Зернистые почки* встрѣчены были 6 разъ: при *Dementia senilis* 2 раза и по одному разу при *Dementia paralytica*, *Dementia consecutiva*, *Paranoja* и *Epilepsia*, при чемъ корковый слой найденъ былъ шероховатымъ, шагреневиднымъ и то болѣе, то менѣе утонченнымъ — доходилъ до 2-хъ м. м. толщины. *Интерстиціальное воспаление* почекъ было найдено 4 раза, изъ нихъ три раза у паралитическихъ слабоумныхъ и одинъ разъ у идіота. *Туберкулы почекъ* найдены были 2 раза при *Dementia paralytica* и при *Dem. senilis*, въ послѣднемъ случаѣ туберкулы были уже въ періодѣ распада.

**VI. Система органовъ движенія и кожи.** 1) *Кости.* *Sarries* — былъ 1 разъ на IV ребрѣ правой стороны, при эмпіемѣ той же стороны у эпилептика. *Сросшійся переломъ* найденъ на III правомъ ребрѣ, при *Dementia senilis*.

2) *Кожа.* *Рожистое воспаление* на правой голени, въ видѣ пятенъ фіолетоваго цвѣта встрѣчено было при

*Dementia consecutiva*, при этомъ *epidermis* мѣстами былъ приподнятъ серознымъ содержимымъ въ видѣ пузырей отъ горошины до орѣха. *Атерома кожи* найдена была 2 раза: при *Dementia paralytica* атероматозная киста, величиной съ грецкій орѣхъ находилась на внутренней поверхности праваго бедра, — и при *Dementia senilis*, при чемъ киста помѣщалась въ кожѣ лѣваго предплечія. *Фистула кожи* найдена была по правой аксиллярной линіи, соотвѣтственно VIII межреберному промежутку у эпилептика; ходъ фистулы имѣлъ направленіе вверхъ къ IV-му правому ребру, стернальный конецъ котораго былъ обнаженъ и узурированъ.

Очертивъ патологическія измѣненія, встрѣтившіяся на секціонномъ столѣ въ 1889 г., мы получили данныя при указанныхъ выше душевныхъ расстройствахъ только изъ 32-хъ наблюденій, бывшихъ въ этомъ году; такое малое число наблюденій насъ останавливаетъ дѣлать обобщенія. Но такъ какъ за настоящимъ очеркомъ предполагается выпускъ таковыхъ же и за послѣдующіе годы, то, съ увеличеніемъ числа наблюденій и накопленія данныхъ, всего удобнѣе будетъ подвести итоги и изложить вытекающіе изъ нихъ выводы въ послѣдствіи. Въ настоящемъ же очеркѣ мы остановимся лишь на томъ фактѣ, что на 32 случая вскрытій въ 16 найдено пораженіе дыхательныхъ путей, или 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Далѣе, всматриваясь въ патолого-анатомическую картину измѣненныхъ бронховъ и легкихъ, мы должны сказать, что не только свѣжія измѣненія органовъ дыханія, но и болѣе старыя измѣненія ихъ—всѣ, по времени, были позднѣе поступленія больного въ лечебницу; такимъ образомъ пріобрѣтеніе этихъ измѣненій у больныхъ нужно отнести ко времени пребыванія ихъ уже въ лечебницѣ, слѣдовательно въ ней даны были условія заболѣванія органовъ дыханія. Это обстоятельство заставляетъ невольно обратить на него вниманіе.

Естественно, конечно, спросить: гдѣ же условія заболѣванія указанныхъ органовъ? Зависило-ли страданіе дыхательныхъ путей отъ сухости, напр., воздуха въ палатахъ, при нашемъ паровомъ отопленіи, или—отъ порчи воздуха, неизбѣжной при неопрятности и неряшливости, часто встрѣчаемыхъ у душевно-больныхъ, а быть можетъ не безъ вліянія здѣсь способъ уборки

палатъ—присутствіе пыли, или же тутъ играютъ роль другія причины—сказать мы затрудняемся \*). Результаты наблюденія на секціонномъ столѣ наводятъ на мысль, что, повидимому, слизистая оболочка дыхательныхъ путей, подвергаясь постоянному раздраженію, предварительно измѣняется въ томъ смыслѣ, что эпителий, выстилающій дыхательныя трубки, вѣроятно, сначала перестаетъ функціонировать а затѣмъ, измѣняясь, исчезаетъ, давая тѣмъ свободный доступъ поступленію въ дыхательныя пути болѣзнеродныхъ началъ.

Вышеуказанный высокій, сравнительно, процентъ заболѣванія дыхательныхъ путей въ нашей окружной лечебницѣ оказался лишь за одинъ 1889 годъ, есть ли это явленіе постоянное—покажутъ слѣдующіе года.

---

\*) Желая подойти къ отвѣту на данный вопросъ, мы обратили вниманіе на лью и, имѣя въ виду узнать—не играетъ-ли она въ указанномъ заболѣваніи роль и какую именно. собрали достаточное количество ея и привили кроликамъ. По истеченіи 5—6 мѣсяцевъ кролики были убиты. При самомъ тщательномъ какъ макро—такъ и микроскопическомъ изслѣдованіи, туберкуловъ не найдено, ни въ легкихъ, ни въ другихъ органахъ.

## Случай сифилитического менингита и гуммы мозга.

(Изъ клиники профессора П. И. Ковалевского).

П. П. Млатовъ.

Бываютъ случаи мозгового сифилиса, когда болѣзнь идетъ настолько быстро и бурно, что угрожаетъ жизни больного; между тѣмъ къ специфическому леченію больной относится столь чувствительно, что примѣненіе его невозможно, какъ въ формѣ іодатовъ, такъ и въ формѣ ртути, не только въ героическихъ дозахъ, но даже въ очень ограниченныхъ. Такіе случаи ставятъ врача въ весьма затруднительное положеніе и лишаютъ его возможности воспользоваться льготами специфическаго леченія при леченіи данной болѣзни. Таковымъ случаемъ представляется инжеслѣдующій.

А. К., 24 лѣтъ отъ роду, мѣщанинъ, уроженецъ Петербургской губерніи, выше средняго роста, средняго тѣлосложенія, хорошаго питанія. Кости всего скелета развиты правильно. Голова продолговатой формы, уродливостей или неправильностей развитія не представляетъ. Волоса рыжіе, умѣренной густоты.

Наибольшая окружность черепа 58,5 см., затылочно-ушная линія 24, лобно-ушная 32, темянно-ушная 38, подбородочно-ушная 30 см. Прямой діаметръ черепа 19 см.; кривая отъ glabella до protuberantia occipitalis externa 35; поперечный діаметръ 16; правый косой 18,5; лѣвый 18,5; діаметръ основанія черепа 10,5 + 12, 5 діаметръ высоты 16 см.; продольно поперечный показатель 84,2, — продольно-высотный 84,2; высота лба 6,8; ширина 16; діаметръ лба 14 см. Типъ черепа, по показателю Брока, брахицефалическій.

Лице продолговатое, блѣдное, слегка покрыто потомъ, — борода русая; слизистыя оболочки блѣдны; подвижность вѣкъ праваго глаза нормальна, лѣваго ограничена: верхнее вѣко поднимается только до половины

(ptosis); подвижность глазъ сохранена, страбизмовъ нѣтъ; влажность глазъ сохранена. Лѣвый зрачекъ расширенъ; первичная реакція зрачковъ сохранена, вторичная отсутствуетъ на обоихъ. Цвѣто- и свѣто-ощущеніе сохранено. Ротъ перекошенъ вправо, подвижность мускуловъ лѣвой половины лица потеряна, чувствительность здѣсь понижена. Выраженіе лица угнетенное. Полость носа ничего патологическаго не представляетъ. Языкъ больной высовывается съ трудомъ, при чемъ кончикъ его отклоняется влѣво, дрожитъ, влаженъ, покрытъ бѣловатымъ налетомъ. Обонятельныя и вкусовые ощущенія сохранены; зубы здоровы; слухъ сохраненъ. Лимфатическія желѣзы шеи не прощупываются, паховыя и подмышечныя увеличины. Легкія нормальны; тоны сердца ослаблены. Пульсъ 108, малъ, легко сжимаемъ. Животъ втянутъ.. Границы печени и селезенки нормальны. Больной непроизвольно выдѣляетъ калъ и мочу; находится въ полузабытій, лежитъ неподвижно на спинѣ. Лѣвая рука въ состояніи пронаціи, большой палецъ приведенъ и согнутъ въ фаланговомъ сочлененіи; лѣвая нога поворочена пяткой внутрь. Мышцы верхней и нижней лѣвой конечности слегка ригидны, въ нихъ замѣтны бываютъ фибриллярныя сокращенія, которыя иногда бываютъ замѣтны и на правой половинѣ тѣла. Двигать пальцами лѣвой ноги больной не можетъ; при поднятіи лѣвой конечности падаютъ какъ плети. Пораженныя конечности, сравнительно съ здоровыми, уклоненій въ объемъ не представляютъ. Изслѣдованіе мышечной сократимости подъ вліяніемъ постоянного тока дало легкое повышеніе возбудимости, особенно на нижнихъ конечностяхъ.

Фарадическій токъ никакихъ уклоненій отъ нормы не даетъ. Тактильное чувство, чувство мѣста и температурное на пораженной сторонѣ потеряны; болевое чувство потеряно не вездѣ, мѣстами сохранено: динамометрія правой руки 40, лѣвой 0. Рефлексы сухожильные усилены; вызывается clonus. Рефлексъ cremasteris обѣихъ сторонъ, равно какъ и брюшной лѣвой стороны, потеряны, правой сохраненъ. Субъективныя жалобы сводятся на сильную боль во лбу. Вниманіе къ окружающей обстановкѣ ослаблено; отвѣчаетъ на во-

просы только послѣ настойчивыхъ повтореній. Иллюзій и галлюцинацій нѣтъ. Способность воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній ослаблена; проводимость впечатлѣній замедлена. Образованіе представленій замедлено и затруднено; количество ихъ уменьшено, такъ какъ способность запоминанія и припоминанія ослаблены. Насильственныхъ и фиксированныхъ представленій нѣтъ. Сознаніе окружающей обстановки очень ограничено, хотя больной правильно опредѣляетъ гдѣ онъ находится и что съ нимъ дѣлаютъ.

*Анамнезъ.* Свѣдѣнія о прошломъ больного представляются далеко неполными, такъ какъ самъ онъ не все могъ припомнить, а жена не могла отвѣтить на многіе вопросы по незнанію.

Отецъ больного страдалъ какимъ то разстройствомъ нервной системы, былъ раздражителенъ. Младшій братъ съ 17 лѣтъ страдаетъ эпилепсіей; у другого брата были на тѣлѣ язвы, — какого происхожденія — осталось неизвѣстнымъ; нѣсколько родственниковъ умерли скоропостижно; мать здорова, отецъ умеръ 33 лѣтъ. Въ дѣтствѣ К. былъ мальчикомъ здоровымъ; ночью у него замѣчались вздрагиванія во снѣ и испуги.

Началъ ходить 8-ми мѣсяцевъ; перенесъ корь и скарлатину; иногда болѣла голова; онъ былъ впечатлительный, мягкій, добрый; способности были прекрасныя; учился легко и охотно, окончилъ курсъ въ лѣсномъ институтѣ. Половое влеченіе обнаружилъ на 16-мъ году, съ какого времени онъ и началъ свои сношенія съ женщинами и въ скоромъ времени заболѣлъ уретритомъ; нѣсколько позже получилъ твердый шанкръ, отъ котораго лечился ртутью и іодомъ. Въ возмужаломъ возрастѣ былъ слабого тѣлосложенія, часто страдалъ маляріей, ревматизмомъ и запорами, перемежающимися съ поносами; постоянно жаловался на головныя боли. Излишествами не предавался; спиртными напитками никогда не злоупотреблялъ; курилъ много. Въ послѣдній годъ у него сталъ измѣняться характеръ; изъ добраго и мягкаго онъ сдѣлался раздражительнымъ и вспыльчивымъ. Всегда К. относился къ дѣлу добросовѣстно; работалъ много, до утомленія. Восемь мѣсяцевъ тому назадъ женился; сильно любилъ свою жену, — во время ея какой-то тяжелой болѣзни началъ заговариваться

и не узнавалъ окружающихъ. Болѣзнь жены произошла послѣ выкидышей, которыхъ у нея было за время восьмимѣсячнаго супружества два.

Вскорѣ послѣ этого у больного стали наблюдаться скоропреходящія паретическія явленія: однажды перекосился ротъ, — черезъ день это исчезло. Въ маѣ мѣсяцѣ 90 г., вставши утромъ, онъ замѣтилъ у себя онѣмѣніе лѣвой руки и ноги, перекошеніе рта вправо, отклоненіе кончика языка влѣво и потерю вкусовыхъ ощущеній. Черезъ два дня все это исчезло безслѣдно. При этомъ головныя боли были постоянными; по временамъ наступали головокруженіе и шумъ въ ушахъ. Сюда присоединились: ослабленіе памяти, тяжесть въ головѣ, постоянная задумчивость и усиленная раздражительность.

Онъ былъ помѣщенъ въ лечебницу душевно-больныхъ, гдѣ 30 октября произошелъ съ нимъ слѣдующій приступъ: сначала на него напала спячка, очнувшись отъ которой, больной сѣлъ и началъ разговаривать; вставши онъ хотѣлъ идти, но зашатался и ударился головой о дверь, однако не упалъ и продолжалъ свой путь. Черезъ нѣсколько времени его нашли на полу въ клозетѣ почти въ безчувственномъ состояніи; ротъ перекосился, нога и рука лѣвой стороны парализовались; сознанія вполнѣ при этомъ онъ не терялъ, помнитъ какъ упалъ и какъ его перенесли на кровать. Послѣ этого приступа появился бредъ: ему казалось, что онъ находится въ домѣ губернатора, что въ стѣнахъ этого дома замуравлены живые люди; вокругъ себя видѣлъ своихъ знакомыхъ и родственниковъ, причемъ нѣкоторые изъ нихъ явились съ того свѣта; всѣ они гуляли около него, курили и пускали въ него дымъ. Передъ припадкомъ у него появилась дрожь во всемъ тѣлѣ. Бредъ у больного скоро прекратился, но больной былъ уже до самой смерти въ полусознательномъ состояніи, въ какомъ видѣ и былъ принятъ въ клинику профес. П. И. Ковалевскаго, 1 ноября 1890 года.

Разбирая этотъ случай, мы должны отмѣтить слѣдующіе признаки, характеризующіе данное заболѣваніе: постоянная головная боль, которая красной нитью тянется чрезъ всю болѣзнь, то въ видѣ тупыхъ болей, то, обостряясь, принимаетъ характеръ жестокихъ; за-

тѣмъ измѣненіе характера: больной, прежде добрый, мягкій, дѣлается раздражительнымъ, придиричивымъ. Начавшаяся такимъ образомъ болѣзнь прогрессируетъ дальше, при чемъ выражаются явленія конгестіи головного мозга: дурнота, головокруженіе, шумъ въ ушахъ, временное онѣмѣніе лѣвой руки и ноги, ослабленіе памяти, тяжесть въ головѣ и перемежающіеся запоры. Потомъ появляются abortивные параличи, скоро исчезающіе: перекошеніе рта, потеря вкусовыхъ ощущеній, отклоненіе языка; черезъ 1—2 дня все опять приходитъ къ нормѣ. Наконецъ наступаетъ приступъ мышечнаго разслабленія: больной внезапно ударяется головой о дверь, но, сохраняя сознаніе, удерживается на ногахъ, оправляется и чрезъ мгновеніе продолжаетъ свой путь. Но проходитъ немного времени, припадокъ повторяется уже въ видѣ апоплектического и наступаетъ паралитическая форма заболѣванія въ видѣ лѣвосторонней гемиплегіи, съ параличемъ лицеваго нерва, лѣвостороннимъ rthosis, расширеніемъ лѣваго зрачка и потерей чувствительности на пораженной сторонѣ.

При присоединеніи сюда сифилиса въ анамнезѣ больного, ясно выступаетъ картина типическаго сифилиса мозга; она какъ бы снята съ описанія Фурнье, когда онъ представляетъ послѣдовательное теченіе и присоединеніе одного типа мозгового сифилиса къ другому: цефалальгическаго, конгестивнаго и паралитическаго.

На основаніи постепеннаго развитія всѣхъ симптомовъ и потери чувствительности на парализованной сторонѣ, здѣсь былъ поставленъ діагнозъ гуммы въ области задней трети capsulae internaе и общаго сосудистаго сифилиса мозга.

Больной поступилъ въ клинику 1 ноября и до 9 былъ въ одномъ и томъ же положеніи. Съ 9 ноября головныя боли обостряются, дѣлаются невыносимыми;  $t^0$  поднимается до  $39,3^0$ , пульсъ неправильный отъ 40—100 ударовъ въ минуту; является тризмъ, дыханіе становится неправильнымъ и 11-го числа принимаетъ характеръ Чейнъ-Стоксова; пульсъ учащается до невозможности сосчитать; сознаніе теряется;  $t^0$   $39,6^0$ , животъ корытообразно втягивается, появляется внутренній страбизмъ праваго глаза, судорожные приступы, то



всего организма, то отдѣльных частей его и 13 ноября послѣдовалъ летальный исходъ.

На основаніи вышеизложеннаго поставленъ былъ діагнозъ присоединившагося черепно-мозгового менингита.

Вскрытіе области черепа вполне оправдало діагнозъ во всѣхъ его частяхъ.

Теперь является вопросъ о происхожденіи острого менингита. Извѣстно, что острый менингитъ простой, не специфическій, иногда является въ окружности сифилитическихъ поражений мозга, въ видѣ мѣстнаго процесса ирритативнаго характера около мѣста пораженія. Но при вскрытіи обнаружился не ограниченный, а общій свѣжій менингитъ, мѣстами интенсивнѣе захватывающій различныя части оболочки. Само собою понятно, что менингитъ въ данномъ случаѣ являлся специфическаго характера.

Принимая во вниманіе серьезность страданія и тяжесть положенія больного, вслѣдствіе сифилитическаго пораженія мозга и его оболочекъ, слѣдовало, для спасенія больного, назначить энергическое, даже героическое антисифилитическое леченіе; тѣмъ не менѣе очень энергичныхъ противусифилитическихъ мѣръ, каковыя показываются въ такихъ случаяхъ, здѣсь нельзя было употребить, съ одной стороны, въ виду сильной слабости больного, ослабленія сердечной дѣятельности и невозможности, вслѣдствіе этого, соотвѣтственно повысить обмѣнъ веществъ; съ другой стороны вслѣдствіе присутствія у больного при поступленіи въ клинику гидраргироза, при чемъ малѣйшее введеніе ртути усиливало его; введеніе же іодатовъ внутрь было затруднено частью затрудненіемъ глотанія и безсознательнымъ состояніемъ больного, а частью рѣзкимъ истощеніемъ организма. Такимъ образомъ, несмотря на тяжелое положеніе больного и настоятельную необходимость энергичнаго антисифилитическаго леченія, оно было крайне затруднено и весьма ограничено.

## Судебно-психіатрическій случай.

Д-ръ Шергандъ.

1) Отношеніе начальника О. исправительнаго арестантскаго отдѣленія на имя судебного слѣдователя О. окружнаго суда, отъ 9 января 1889 г.

Сего числа, въ 7 часовъ утра, при исполненіи служебной обязанности старшимъ надзирателемъ во ввѣренномъ мнѣ исправительномъ отдѣленіи, Н., который отпиралъ камеры арестантовъ для выноса парашъ, былъ раненъ ножомъ въ шею съ лѣвой стороны арестантомъ У., находившимся въ камерѣ № 2. О чемъ имѣю честь увѣдомить ваше в—благодаріе для зависящаго распоряженія.

2) Актъ освидѣтельствованія потерпѣвшаго надзирателя Н. 1889 г. января 9 дня, судебный слѣдователь О. окружнаго суда чрезъ городского врача освидѣтельствовалъ надзирателя Н., причемъ оказалось: Н. имѣетъ отъ роду 48 л., крѣпкаго и здороваго тѣлосложенія; на лѣвой боковой сторонѣ шеи находится поперечная порѣзанная рана, длиною въ  $1\frac{1}{2}$  сантиметра съ соединенными краями посредствомъ наложеннаго посрединѣ одного шва, безъ воспалительныхъ явленій, съ опухолью, діаметромъ около 5 линій, подлежащихъ тѣaney. Общее здоровье Н. нормально. Рана перевязана обеззараживающимъ швомъ.

Заключеніе: Поврежденіе, нанесенное Н., по свойству своему относится къ легкой порѣзанной ранѣ и, при надлежащемъ леченіи, можетъ зажить въ нѣсколько дней, безъ вредныхъ послѣдствій для здоровья Н. Рана нанесена острымъ, рѣзущимъ орудіемъ.

3) Показаніе надзирателя Н. состоитъ въ слѣдующемъ: Когда онъ, 9 января, въ 7 ч. утра, отперъ камеру, въ которой находился арестантъ У. выѣстъ съ другими арестантами, и отворилъ дверь, то У. бросился къ нему и на его, Н., вопросъ «куда тебя несешь?» ударилъ въ отвѣтъ его, Н., ножомъ въ шею.

4) Показаніе обвиняемаго У. судебному слѣдователю: я не признаю себя виновнымъ въ томъ, что 9 января утромъ, во время ссоры съ Н., будто бы покушался на жизнь его, а признаю себя виновнымъ въ нанесеніи ему раны въ шею ножомъ въ запальчивости и раздраженномъ состояніи. Дѣло было такъ: 9 января я всталъ рано и сталъ работать. Сначала помогаль арестанту С., а потомъ дѣлалъ себѣ папиросницу; у меня въ рукахъ былъ ножъ, которымъ я работалъ. Во время работы меня охватило до вѣтра; въ это время Н. сталъ отпирать нашу камеру. Быстрѣе, чѣмъ обыкновенно, кинулся я къ двери, и, какъ только Н. отперъ задвижку, я открылъ дверь. Ударилъ ли я дверью Н., или нѣтъ,—хорошо не помню, но, какъ только я переступилъ порогъ въ корридоръ, какъ Н. схватилъ меня за горло, сказавъ: «куда тебя холера несетъ, ты мнѣ грудь пришибъ»; при этомъ онъ меня выругалъ скверными словами. Я ему отвѣтилъ: «что ты ко мнѣ пристаешь?», а Н. ударилъ меня замкомъ въ бокъ. Я такъ раздражился, что ударилъ его ножомъ, который былъ у меня въ рукахъ во время работы, и съ которымъ я пошелъ къ двери. Н. хотѣлъ меня отвести въ караульню, но я поспѣшилъ въ отхожее мѣсто. Возвратясь въ камеру я хотѣлъ работать, но не могъ. Потомъ пришелъ конвой, отобралъ у меня ножъ и отвелъ меня въ карцеръ.

5) Показаніе арестантовъ, находившихся въ одной камерѣ съ У. (болѣе полное показаніе Р.). 9 января, утромъ, арестанты С. и Л. работали; У. работалъ папиросницу; у него въ рукахъ былъ ножъ, а я ходилъ по камерѣ. Часовъ въ 7 стали отпирать камеры. Когда надзиратель Н. подошелъ къ нашей двери, то У. кинулся первымъ къ ней; былъ ли у него въ это время въ рукахъ ножъ, или онъ припряталъ его, я не видалъ. За У. къ двери подошелъ Л., а потомъ и я. Я говорилъ У., чтобы онъ не толкался въ дверь. Только что Н. отперъ задвижку, У. отворилъ дверь. Н. сказалъ ему: «ты, сукинъ сынъ, дверью меня ушибъ». У. отвѣтилъ ему: «пусти меня, до вѣтру нужно». Въ корридорѣ было очень темно. Слышу я, что Н. и У. ругаются, я отошелъ отъ нихъ и сталъ вдали. Затѣмъ я услышалъ звукъ замковъ и голосъ У.: «зачѣмъ замкомъ ты меня бьешь?» Н. закричалъ: «ахъ, сукинъ сынъ, зарѣзалъ меня, бродяга!» и пошелъ внизъ, а У.—въ отхожее мѣсто. Ударилъ-ли Н. У. замкомъ, я не видалъ.

6) Показаніе арестанта К. 9 января, утромъ, я шелъ въ отхожее мѣсто изъ своей камеры, и, проходя мимо двери камеры № 2, видѣлъ, какъ Н. ударилъ У. замкомъ, а У. ударилъ Н. ножомъ въ шею.

7) Осмотръ ножа: ножъ простой, на подобіе сапожнаго, съ простою деревянною рукояткою, около лезвія перевязаннаго проволокою, старый, къ концу заостренный. Длина рукоятки  $1\frac{1}{2}$  вершка, длина лезвія 1 вершокъ; слѣдовъ крови, какъ на рукояткѣ, такъ и на лезвіи не замѣтно.

8) Судебный слѣдователь находитъ, что У., ударивъ Н. ножомъ въ шею — въ запальчивости и раздраженіи, — во время ссоры съ Н., этимъ покушался на убійство своего начальника, — по сему, руководствуясь 6 п. 419 ст. Устава уголовного судопр., постановилъ: обвиняемаго арестанта У. заключить подъ стражу въ 0. тюрьму.

9) Скорбный листъ У., находившагося подъ наблюденіемъ врачей — психіатровъ въ психіатрическомъ отдѣленіи Варшавскаго Уздовскаго военнаго госпиталя. 10 ноября 1886 г. Анамнестика. Отецъ больного умеръ, мать жива, у него три брата и двѣ сестры. Мать его три мѣсяца была больна умопомѣшательствомъ, также и старшій братъ около мѣсяца болѣлъ сумашествіемъ. Дома два раза болѣлъ горячкою (какой? — не сказано). На службѣ находится онъ съ 1881 г. Болѣлъ глазами и крапивною лихорадкою.

Второго сентября сего года въ полку случился пожаръ: загорѣлся домъ, гдѣ помѣщался казначей. У. былъ назначенъ старшимъ въ патруль. На пожарѣ онъ нашелъ кусокъ полотна и, не заявивъ о томъ, продалъ его. Когда его спросили, не находилъ-ли онъ полотна, онъ признался, что нашелъ и продалъ и указалъ кому. Полотно отобрали, а У. былъ посаженъ на гауптвахту до рѣшенія суда. Подъ арестомъ онъ просидѣлъ два мѣсяца безвыходно и одиноко. Спалъ плохо, скучалъ. Шесть дней тому назадъ, въ два часа ночи, онъ вскочилъ съ койки и сталъ кричать: «пустите меня, меня мать ожидаетъ»...; плакалъ, лежа на полу. Больной былъ переведенъ въ лазаретъ, гдѣ пѣлъ священныя молитвы православныя, также кричалъ: «пустите меня, мои мучители!» На другія сутки онъ очнулся и удивлялся, что онъ попалъ въ лазаретъ. Около двухъ часовъ длилось его нормальное состояніе, — но вдругъ, какъ разсказываютъ служителя, больной сталъ смотрѣть въ одну точку и спросилъ служителя: «не показать-ли тебѣ фокусы?» За-

тѣмъ соскочилъ съ койки, разорвалъ рубашку и бросился на другого служителя. Въ такомъ безсознательномъ состояніи онъ былъ почти сутки. Послѣ этого съ нимъ еще три раза случались припадки. Поэтому его и перевели сюда, въ госпиталь. На дорогѣ съ нимъ былъ припадокъ; не доходя до госпиталя припадокъ опять повторился.

Вечеромъ, въ 8 ч., больной прибылъ въ госпиталь. Въ 9 ч. я самъ (врачъ психіатрическаго отдѣленія) былъ свидѣтелемъ припадка у больного; онъ вдругъ соскочилъ съ кровати, сталъ кричать, бросаться. Глаза при этомъ были устремлены въ одну точку, зрачки были расширены, не сокращались подъ вліяніемъ свѣта. Правый зрачекъ былъ шире. Онъ кричалъ неистово и непонятно. Колѣнные рефлексy были сохранены. Ночь провелъ спокойно. Сегодня, (11-го числа), утромъ на вопросы отвѣчалъ, узналъ своего ротнаго командира; рассказалъ о своемъ прошломъ. Но во время изслѣдованія вдругъ пошатнулся, вскочилъ со стула, сталъ неистово кричать; зрачки расширились, особенно правый. Пульсъ 104, колѣнные рефлексy сохранены. На вопросы не отвѣчаетъ. Послѣ припадка спокоенъ. 11-го. Днемъ пульсъ 92. Спалъ спокойно. Аппетитъ хорошъ. 12-го. Пульсъ 88. Вечеромъ принялъ ванну. Аппетитъ и сонъ хороши. Назначено: Kali bromat. и ванна. 13-го. Пульсъ 104. Былъ припадокъ. Леченіе тоже. 14-го. Спокоенъ, на вопросы отвѣчаетъ правильно. 15-го. Пульсъ 96. Спокоенъ. 16—22-го. Больной спокоенъ. Сонъ и аппетитъ хороши. 22-го. Пульсъ 96. У больного тревожные сны: ему снилось, что онъ убилъ старшаго брата. 23—30-го. Больной работаетъ; ведетъ себя хорошо. Съ 1-го по 15 декабря. Больной спокоенъ. Ведетъ себя хорошо. Сонъ и аппетитъ хороши. 15-го. Сталъ бить больныхъ евреевъ безъ всякой причины. Переведенъ въ отдѣленіе для буйныхъ. 16-го. Пульсъ 96. Спокоенъ. 17-го. Тоже. 18-го. Больной жалуется на тоску. Правый зрачекъ шире лѣваго. Пульсъ 92. 19-го. Больной жалуется на головокруженіе; прочее тоже. 20-го. У больного головокруженіе и рвота. 21-го. Больной не встаетъ съ постели, рвоты нѣтъ; головокруженіе продолжается; пульсъ 84. 23-го. Больной подрался съ другими больными. Головокруженія нѣтъ. Пульсъ 80. 24-го. Пульсъ 84. Больной жалуется, что его точно кто-нибудь колетъ булавкою во рту. Снимаетъ постель съ кровати и укрывается тюфякомъ. 25-го. Спокоенъ. 26-го. Пульсъ 96.

Спалъ плохо. Тоскуеть,—и отчего, самъ га знаетъ. 4-го января онъ былъ освидѣтельствованъ въ комиссіи врачей-психіатровъ Варшавскаго военнаго госпиталя.

10) Свидѣтельство о болѣзни У. 65-го пѣхотнаго, Московскаго полка, рядовой У. сего числа былъ освидѣтельствованъ въ состояніи здоровья комиссіею, учрежденной при Варшавскомъ Уяздовскомъ военномъ госпиталѣ. Рядовой У. 26 лѣтъ, происходитъ отъ крестьянъ Самарской губ., Бугурусланскаго уѣзда. Находится въ семъ госпиталѣ на излеченіи съ 9 ноября 1886 г. При освидѣтельствovanіи его оказалось, что онъ страдаетъ эпилептическимъ помѣшательствомъ (*Mania epileptica*), выражающимся потерей сознанія, крикомъ, безсвязнымъ бредомъ, расширеніемъ зрачковъ и нападеніемъ на окружающихъ. Изъ предварительныхъ свѣдѣній видно, что поводомъ къ помѣщенію У. въ отдѣленіе для душевно-больныхъ послужило буйство, продолжавшееся съ небольшимъ перерывомъ трое сутокъ и связанное съ гипереміей соединительныхъ оболочекъ вѣкъ, расширеніемъ зрачковъ и повышеніемъ температуры.

Вслѣдствіе изложеннаго и на основаніи 18 ст. росписанія болѣзней (прилож. лит. А къ приказу по военному вѣдомству 1888 г., за № 271), рядовой У. признанъ подлежащимъ увольненію вовсе отъ службы, какъ совершенно къ ней неспособный, нуждающійся въ постоянномъ за собою уходѣ, не могущій слѣдовать пѣшкомъ, негодный въ ополченіе, и т. д.... отданъ на попеченіе родныхъ. Городъ Варшава, 5 января 1887 г. Подлинное подписали: Пастернацкій, Троицкій, Корниловъ и Деменко (врачи-психіатры госпиталя).

11) Мнѣніе врачей губ. земской больницы объ У. При наблюденіи надъ нимъ въ больницѣ признаковъ психическаго расстройства не было замѣчено. Врачи признали его здоровымъ, но только вспыльчивымъ.

Въ скорбномъ же листѣ его отмѣчено слѣдующее: 2-го марта. Больной жалуется на наступающее по временамъ у него такое душевное состояніе, что «готовъ я самъ себя растерзать». И это состояніе у него съ 1885 года. Говорить, что онъ пилъ много водки, но теперь, по совѣту доктора Варшавскаго лазарета, не пьетъ. На вопросъ, часто-ли случается съ нимъ такое состояніе?—онъ отвѣтилъ: «точно опредѣлить не могу». 17 марта. Больной ударилъ служителя и затѣялъ драку съ больнымъ Д. Причину драки

онъ объяснилъ, будто, дерзостью служителя. «Я вышелъ изъ себя», сказалъ онъ. (Тоже самое было съ нимъ въ Варшавскомъ госпиталѣ, что видно изъ вышеприведеннаго скорбнаго листа того же госпиталя \*).

12) Актъ освидѣтельствованія У. городскимъ врачомъ. 1889 г. 13 февраля судебный слѣдователь О. окружнаго суда, въ присутствіи нижеписанныхъ понятыхъ, чрезъ городского врача производилъ освидѣтельствованіе арестанта У. относительно его психическаго состоянія; при чемъ оказалось слѣдующее: У. отъ роду имѣетъ 29 лѣтъ. Крѣпкаго тѣлосложенія. Зрачки умѣренно расширены. Округлость черепа правильная. На задней части черепа, при соединеніи темяныхъ костей съ затылочною, замѣчается сильное возвышеніе въ видѣ круглаго бугра, въ діаметрѣ около вершка, съ буроватою поверхностью, безъ приращенія къ кости и безъ всякой болѣзненной чувствительности. На тѣлѣ никакихъ измѣненій не замѣчается. На всѣ вопросы онъ отвѣчаетъ удовлетворительно. Происхожденіе бугра на головѣ, У. объясняетъ паденіемъ съ лошади, когда ему было 13 л. Слѣдствіемъ этого паденія, сопровождавшагося сильнымъ ушибомъ, было: рана черепной кожи, потеря сознанія, общее болѣзненное чувство во всемъ тѣлѣ. Онъ въ теченіе одного мѣсяца лежалъ больнымъ въ постели. Затѣмъ, до вступленія въ военную службу и до употребленія спиртныхъ напитковъ, онъ былъ здоровъ. Но, когда сталъ пить водку, по временамъ до опьяненія, у него появилось головокруженіе съ припадками буйства. Изъ его противозаконныхъ дѣйствій извѣстны: 1) оскорбленіе словами и неприличными дѣйствіями сослуживца въ пьяномъ видѣ; 2) нанесеніе удара по лицу дежурнаго по ротѣ; 3) 1-го сентября 1886 года, будучи старшимъ въ ночномъ обходѣ, онъ самовольно покинулъ обходъ, отправился на пожаръ, гдѣ совершилъ кражу, за что и былъ посаженъ на гауптвахту, на которой просидѣлъ два мѣсяца, и въ припадкѣ буйства былъ помѣщенъ въ психіатрическое отдѣленіе Варшавскаго, Уздовскаго военнаго госпиталя, (см. выше п. 9). 29-го февраля 1888 г., за послѣдніе противозаконные поступки, У. Варшавскимъ окружнымъ судомъ осужденъ на помѣщеніе въ гражданскія арестантскія роты, исправительныхъ отдѣленій,

\*) 20 марта. По словамъ смотрителя отдѣленія подсудимыхъ психопатовъ, У. ударилъ служителя, хотѣлъ побить и больныхъ, но его удержали.

гдѣ и былъ до 9 января 1889 г. Здѣсь замѣчено было, что, если никто изъ окружающихъ его, У., не раздражаетъ и не оскорбляетъ, то онъ былъ всегда покоенъ, при противныхъ же обстоятельствахъ, онъ быстро приходилъ въ возбужденное состояніе, сопровождающееся головокруженіемъ, потерю сознанія, безпамятствомъ; такое состояніе съ нимъ было и 9 января 1889 г., когда У., сильно возбужденный для исполненія естественной потребности въ отхожеть мѣстѣ, при открытіи Н. двери камеры, хотѣлъ поспѣшно выйти изъ нея и получилъ во время ссоры съ Н. ударъ замкомъ. пришелъ, внезапно, въ возбужденное состояніе, и, имѣя въ рукахъ свой рабочій ножъ, ударилъ имъ Н. въ шею.

Заключеніе. Принимая во вниманіе патологическое измѣненіе костей черепа съ вѣроятнымъ измѣненіемъ и мозговыхъ оболочекъ, личное его показаніе, что при случайныхъ оскорбленіяхъ, нанесенныхъ ему, онъ теряетъ сознаніе и дѣлается способнымъ къ совершенію различныхъ неправильныхъ поступковъ; а главнымъ образомъ въ виду свидетельства врачей—психіатровъ Варшавскаго Уздовскаго военнаго госпиталя, признавшихъ его страдающимъ припадками эпилептической маніи, я заключаю, что У., при нанесеніи раны въ шею Н. 9 января 1889 г. находился въ психическомъ возбужденіи съ потерей сознанія, вызваннымъ грубымъ обращеніемъ съ нимъ Н.

13) Показаніе У. 8 іюня 1889 г. въ предварительномъ засѣданіи суда. При освидѣтельствованіи У. въ засѣданіи суда онъ показалъ, что здоровъ, но что, когда кто-нибудь растревожитъ его, то съ нимъ дѣлается головокруженіе и онъ не сознаетъ что тогда дѣлается. Прежде пилъ много водки. Маленькимъ упалъ съ лошади. Сталъ «такимъ» съ 1885 г. На вопросъ одного изъ врачей-экспертовъ—«чтобы онъ сдѣлалъ, если-бы его оскорбилъ отецъ или мать?»—онъ отвѣтилъ: «такого случая не было, а если-бы это случилось, то я не могъ бы отвѣчать за себя, такъ какъ я въ такомъ случаѣ не понимаю, что дѣлается со мной.

По удаленіи У. члены суда предложили врачамъ-экспертамъ на рѣшеніе слѣдующіе вопросы: 1) Въ какомъ душевномъ состояніи находился У. въ моментъ совершенія имъ нанесенія раны въ шею надзирителю Н.? 2) Въ какомъ душевномъ состояніи находится онъ въ настоящее время? Отвѣты экспертовъ состоятъ въ слѣдующемъ: мы, эксперты, для рѣшенія перваго вопроса, имѣли въ виду слѣдующія



данныя изъ дѣла: 1) Паденіе У. съ лошади на голову съ послѣдствіями, изложенными въ актѣ освидѣтельствованія городскимъ врачомъ; 2) что его мать и братъ страдали душевными болѣзнями; 3) что У. два раза болѣлъ дома горячкою; 4) что онъ пилъ много водки; 5) актъ освидѣтельствованія У. врачами-психіатрами въ Варшавскомъ военномъ госпиталѣ; 6) ненормальные его поступки во время пребыванія въ губернской земской больницѣ, напоминающіе поступки его въ Варшавскомъ лазаретѣ; 7) личныя показанія У. судебному слѣдователю и въ присутствіи судей,—мы допускаемъ съ большею вѣроятностью, что У. нанесъ рану въ шею Н. въ возбужденномъ, ненормальномъ душевномъ состояніи, или, придерживаясь терминологіи закона, въ состояніи умозступленія, или, что все равно, въ состояніи, скоротечнаго умопомѣшательства, что вообще бываетъ у людей страдающихъ болѣзью мозга, чѣмъ и отличается это состояніе отъ запальчивости.

Что касается до рѣшенія второго вопроса, то, врачи-эксперты, по даннымъ скорбнаго листа губернской земской больницы, по показаніямъ У.—полагаютъ, что наклонности его къ совершенію ненормальныхъ поступковъ вслѣдствіе психическаго раздраженія могутъ существовать у него и въ настоящее время, словомъ: его нельзя считать вполне психически здоровымъ.

Заключеніе врачей-экспертовъ было сообщено членамъ присутствія и было принято ими всѣми \*).

Къ вышепозложенному имѣю сказать слѣдующее:

1) Въ настоящемъ дѣлѣ сырѣ-боръ загорѣлся оттого, что нанесеніе раны ножомъ въ шею Н. принято было какъ покушеніе У. на убійство Н. По крайнему моему убѣжденію, У. и не думалъ покушаться на убійство Н., что можно видѣть изъ чистосердечнаго и прямаго показанія его судебному слѣдователю,—а здѣсь была, просто, драка, какъ слѣдствіе ссоры между У. и Н., который обругалъ У. неприличными и скверными словами, сопровождая ихъ ударомъ (а можетъ быть ударами) замкомъ. У. ударилъ Н. въ шею ножомъ случайно, такъ какъ ножъ былъ у него въ рукахъ. Будь у него палка, онъ ударилъ бы палкою. Не будь у него ничего въ рукахъ, онъ ударилъ бы кулакомъ. Нане-

---

\*) У. по настоящее время содержится въ губернской земской больницѣ въ отдѣленіи для подсудимыхъ.

сеніе У. раны въ шею Н. можемъ есть только случайное явленіе, а не покушеніе на убійство.

2) Взглядъ Варшавскаго военнаго окружнаго суда на послѣдніе противозаконныя поступки У. а именно,—на самовольную отлучку изъ ночнаго обхода, гдѣ У. былъ за старшаго, и появленіе его на пожаръ, гдѣ онъ совершилъ кражу, равно и мотивы суда, которыми онъ руководствовался при опредѣленіи наказанія У. за сказанныя поступки: т. е. помѣщеніе его въ исправительныя отдѣленія гражданскихъ арестантскихъ ротъ,—относительно правильны и для У. полезны. Правильны, потому что во время совершенія имъ сказанныхъ противозаконныхъ поступковъ онъ не находился въ душевномъ раздраженіи, а слѣдовательно эти поступки имѣли характеръ злаго и безнравственнаго преступнаго умысла. Но судъ, при опредѣленіи наказанія въ виду обнаружившейся вскорѣ у него тяжелой душевной болѣзни, отнесся къ нему очень снисходительно и гуманно. Полезны, потому что опредѣленное ему наказаніе отучить его отъ праздности, тунеядства, пьянства, и приучить его къ труду, такъ что со временемъ онъ можетъ сдѣлаться полезнымъ членомъ общества.

Я употребляю слово «относительно», потому, что имѣю въ виду паденіе еще молодого У. съ лошади съ такими послѣдствіями, которыя сами послѣ могутъ служить причиною душевныхъ болѣзней, а главное,—что онъ происходитъ изъ семейства, страдавшаго душевными болѣзнями. Онъ уже отъ матери-психопатки унаслѣдовалъ расположеніе и склонность къ душевнымъ болѣзнямъ; а, по мнѣнію корифеевъ психіатріи, ненормальныя дѣйствія такихъ людей имѣютъ нерѣдко автоматически-инстинктивный характеръ, или, по мнѣнію Морлея, дѣйствія такихъ людей бываютъ болѣе рефлексивны, чѣмъ обдуманны, такъ сказать по церковному выраженію: они невольны т. е. безъ участія воли и размышленія; тоже по мѣткому выраженію Legrand du Saulle—«у такихъ людей мысль и дѣйствіе являются вмѣстѣ безъ промежутка обдумыванія и оцѣнки послѣдствій своихъ поступковъ».

Поэтому полагаю, что было-бы цѣлесообразнѣе помѣстить У. (и вообще людей подобныхъ ему—quasi преступниковъ), не вмѣстѣ съ арестантами, нравственность которыхъ сомнительна, а въ больницѣ для душевныхъ больныхъ, гдѣ имѣются рабочія колоніи, гдѣ можно было бы достигать хорошихъ результатовъ, но при болѣе благопріятныхъ условіяхъ.

Prof. Strümpell.

## о сущности и леченіи *tabes dorsualis*

Переводъ П. П. Платова.

Частота сухотки, легкость и, большею частью, полная увѣренность, съ какой это страданіе можно діагностировать, и, наконецъ, почти неисчерпаемое обиліе симптомовъ и способовъ теченія, которые она представляетъ, служатъ причинами того, что никакое другое заболѣваніе нервной системы столько не разработано и не описано, какъ сухотка.

Мало по малу расширяющееся познаніе этой болѣзни можно уподобить путешествію въ невѣдомую страну, величина которой сначала даже и не подозрѣвается, но гдѣ каждый новый пунктъ позволяетъ узнать не конецъ, а только все новыя и новыя неизвѣстныя мѣстности. Хотя изслѣдователь узнаетъ все большее количество отдѣльныхъ пунктовъ, но еще многого не достаетъ для всесторонняго познанія цѣлой страны.

На основаніи легкости изслѣдованія, клиническая симптоматологія сухотки извѣстна весьма хорошо. Можно утверждать, что почти вся симптоматологія нервныхъ болѣзней можетъ быть изучена на одномъ этомъ заболѣваніи. Обиліе всевозможныхъ нарушеній чувствительности въ области кожи, многочисленныя разстройства всѣхъ органовъ чувствъ, нарушенія координаціи и рефлексовъ, моторные параличи и моторное состояніе раздраженія, разнообразныя трофическія и секреторныя разстройства,—все это мы можемъ наблюдать при сухоткѣ въ различной формѣ и связи.

Тѣмъ точнѣе и полнѣе можно изслѣдовать каждый отдѣльный случай, чѣмъ многочисленнѣе и разнообразнѣе симптомы его, и чѣмъ больше число единичныхъ наблюденій, тѣмъ чаще встрѣчаются рѣдкія, но относящіяся непосредственно къ основному заболѣванію осложненія. Несмотря на громадное обиліе единич-

ныхъ случаевъ, однообразіе и правильная законосообразность съ типическимъ основнымъ состояніемъ картины болѣзни всегда существуетъ, различнаго рода симптомы, какъ многочисленныя вѣтви, почти неизмѣнно окружаютъ стволъ болѣзни. Если освободить отъ скрывающихъ побочныхъ обстоятельствъ основной типъ болѣзни, то, какъ уже сказано, распознаваніе и правильное пониманіе ея принадлежитъ къ легчайшимъ задачамъ нейрологической діагностики, и это справедливо не только для отдѣльныхъ случаевъ, но и вообще для всѣхъ. Откуда эта почти не представляющая исключеній законосообразность симптомовъ болѣзни?

Откуда эта наступающая почти всегда уже въ раннемъ началѣ болѣзни триада симптомовъ: чувствительныя явленія раздраженія кожи, наблюдаемая въ ногахъ, туловищѣ, рукахъ или головѣ, отсутствіе коленныхъ рефлексовъ и рефлекторная неподвижность зрачковъ? Почему въ позднѣйшее время наступаетъ потеря чувствительности съ симптомами со стороны пузыря и атаксіей произвольныхъ движеній? Почему также, должны мы спросить, съ другой стороны, не смотря на существованіе сухотки въ продолженіе долгихъ лѣтъ и не смотря на сильнѣйшее проявленіе всѣхъ только что упомянутыхъ характерныхъ симптомовъ, остаются большею частію вполне пощажеными грубыя моторныя явленія, сохраняется способность активныхъ движеній и грубой мускульной силы? Если-бы мы ничего не знали о патологической анатоміи сухотки, то уже изъ разбора клиническихъ фактовъ должны были бы вывести заключеніе, что анатомическій процессъ, который лежитъ въ основаніи болѣзни, долженъ локализоваться въ извѣстныхъ опредѣленныхъ границахъ, что извѣстныя области нервной системы остаются беззащитными къ нападенію причинныхъ моментовъ болѣзни, въ то время какъ другія не принимаютъ никакого участія въ этомъ процессѣ. Мы держимся въ настоящее время того воззрѣнія, что распространеніе анатомическихъ измѣненій при сухоткѣ должно слѣдовать опредѣленной законосообразности, которая связана непосредственно съ натурой болѣзненнаго возбудителя и съ натурой поражаемой ткани; подобное отношеніе свойственно весьма сложнымъ тканямъ, стоящимъ на высшей степени развитія,

какова нервная субстанція. Несмотря на существующее до извѣстной степени анатомическое подобіе или сходство отдѣльныхъ волоконъ и клѣтокъ, которыя составляютъ всю нервную систему, уже обиліе различныхъ функций, исполняемыхъ нервной субстанціей дѣлаетъ различіе въ тончайшемъ внутреннемъ качествѣ и структурѣ отдѣльныхъ частей болѣе чѣмъ вѣроятнымъ. Каждый отдѣлъ нервной системы, состоящій изъ волоконъ и клѣтокъ и служащій для опредѣленной функции, считается «системой» въ тѣсномъ смыслѣ, и мы признаемъ за одинъ изъ весьма многихъ успѣховъ въ научномъ понятіи заболѣваній нервной системы то, что преимущественно на основаніи изслѣдованій Flechsig'a можемъ говорить о «системныхъ заболѣваніяхъ» нервныхъ органовъ. Подъ этимъ мы разумѣемъ нѣкоторыя заболѣванія, анатомическій субстратъ которыхъ образуется вслѣдствіе пораженія извѣстныхъ системныхъ волоконъ или принадлежащихъ сюда гангліозныхъ клѣтокъ. Мнѣ кажется, необходимо признать подобныя системныя заболѣванія стоящими внѣ всякихъ сомнѣній, такъ какъ только тогда можно удовлетворительно объяснить строгое ограниченіе извѣстныхъ болѣзненныхъ картинъ. Это мнѣніе можно подтвердить патологоанатомическими изслѣдованіями, такъ какъ извѣстныя системы волоконъ расположены отдѣльно такимъ образомъ, что легко объяснить законосообразность и строгое ограниченіе всего заболѣванія. Это предположеніе можетъ считаться примѣнимымъ для среднихъ частей нервной системы, особенно для спинного мозга и даже до извѣстной степени для мозгового ствола; строгое же ограниченіе отдѣльныхъ системъ волоконъ въ периферическихъ нервахъ и въ полу-шаріяхъ чрезвычайно затруднительно и даже почти невозможно. Разбирая клиническую картину сухотки, хотя и можно признать ее системнымъ заболѣваніемъ, однако доказать это анатомически не легко. Насколько можно было это сдѣлать, по моему мнѣнію, уже сдѣлано. На то, что заболѣваніе спинного мозга при сухоткѣ представляетъ цѣлый рядъ законосообразностей, которыя можно объяснить только принимая системный характеръ заболѣванія, мною уже указано нѣсколько лѣтъ тому назадъ и съ тѣхъ поръ я постоянно поддерживалъ это мнѣніе. Уже первыми

изслѣдователями установлено, что сухотка поражаетъ по большей части только задніе пучки и задніе корешки нервовъ спинного мозга. Этого одного уже собственно достаточно для анатомическаго доказательства сухотки, какъ системнаго заболѣванія. Болѣе точныя изслѣдованія о распространеніи дегенеративнаго процесса въ заднихъ пучкахъ представили цѣлый рядъ фактовъ, которые могутъ найти себѣ объясненіе подѣ условіемъ принятія заболѣванія системнаго характера; эти факты состоятъ въ слѣдующемъ: симметричное распредѣленіе дегенерации въ обоихъ заднихъ пучкахъ, почти постоянное пораженіе извѣстныхъ отдѣловъ ихъ (такъ называемыхъ корешковыхъ поясовъ, Голевскихъ пучковъ въ шейномъ мозгу, Lissauer'овскихъ областей и др.) и наконецъ почти постоянная неприкосновенность извѣстныхъ другихъ отдѣловъ (переднихъ частей заднихъ пучковъ въ поясничной части, такъ называемыхъ задне-наружныхъ областей въ шейной и грудной и т. д.). То обстоятельство, что распространеніе заболѣванія не всегда вполне рѣзко ограничено, объясняется весьма просто при допущеніи, что однородныя по своей функціи массы волоконъ въ заднихъ пучкахъ спинного мозга проходятъ не вполне обособленно, а перемѣшиваются на границахъ двухъ клѣточныхъ группъ; но не можетъ быть никакого сомнѣнія, что расположеніе заболѣванія въ общемъ вполне законосообразно.

Точно также неудивительно, если въ различныхъ обслѣдованныхъ случаяхъ дегенерация заднихъ пучковъ предоставляется не всегда вполне одинаковой; подобное соотношеніе уже а priori можно ожидать, если принять во вниманіе, какъ различны бываютъ отдѣльные симптомы въ клиническомъ отношеніи. Если мы имѣемъ двухъ табетиковъ, изъ которыхъ одинъ почти съ самаго начала своей болѣзни представляетъ сильнѣйшія нарушенія иннервации пузыря, въ то время какъ у другого, до послѣдняго стадія его страданія, функція пузыря нарушается едва замѣтно, то понятно само собой, что этому клиническому различію должны соответствовать и различія въ анатомическомъ распространеніи болѣзни. Подобныя клиническія различія, въ извѣстныхъ границахъ, при сухоткѣ происходятъ часто и удовлетворительно объясняютъ почему и въ

анатомическомъ смыслѣ едва-ли одинъ случай болѣзни исполнѣ походить на другой. Однако, не смотря на это, законосообразное сходство всѣхъ случаевъ всегда существуетъ.

Объяснить законосообразность всѣхъ явленій при сухоткѣ помимо принятія системнаго характера заболѣванія, по моему мнѣнію, нельзя и мнѣніе, что все дѣло зависитъ отъ распредѣленія кровеносныхъ сосудовъ, съ которыхъ и начинается заболѣваніе, не выдерживаетъ критики. Я не буду входить здѣсь въ многочисленные опроверженія подобнаго положенія, такъ какъ это завело бы насъ слишкомъ далеко. Какъ мы видѣли раньше, вслѣдствіе всесторонняго разсмотрѣнія сухотки, принимаемое воззрѣніе, что законосообразность въ анатомическомъ распространеніи заболѣванія зависитъ отъ системнаго характера его, пріобрѣтаетъ достовѣрность на томъ основаніи, что и результаты всѣхъ другихъ методовъ изслѣдованія, посредствомъ которыхъ мы могли придти къ заключенію о системномъ распредѣленіи заднихъ столбовъ, стоятъ въ связи съ данными, полученными при сухоткѣ. Если мы до сихъ поръ могли признавать эту связь только въ отношеніи вторичныхъ дегенерацій, то новѣйшія обстоятельныя изслѣдованія Flechsig'a, относительно образованія отдѣловъ мозга въ заднихъ пучкахъ, имѣютъ полную связь съ полученными данными табетической дегенераціи заднихъ пучковъ, системный характеръ которыхъ можетъ считаться исполнѣ доказаннымъ.

Если мы говорили до сихъ поръ о пораженіи заднихъ только пучковъ, то потому, что этотъ болѣзненный процессъ легко узнается и уже издавна извѣстенъ, но никоймъ образомъ не представляется единственнымъ, который соотвѣтствовалъ бы всей клинической картинѣ сухотки. Въ настоящее время мы можемъ сказать, что Tabes болѣзнь не одного спинного мозга, а представляетъ крайне сложное заболѣваніе всей нервной системы. Со времени извѣстныхъ изслѣдованій Dejerine, Oppenheim и Siemerling'a, мы знаемъ, какъ распространены измѣненія периферическихъ нервовъ при сухоткѣ. Головной мозгъ также не остается пощаженнымъ табетическимъ болѣзненнымъ процессомъ. Уже давно извѣстно, что нѣкоторые головные нервы (зрительный,

слуховой, корешокъ тройничнаго, моторные нервы глаза) нерѣдко заболѣваютъ при сухоткѣ. Въ недавнее время Jendrassik нашелъ ясныя измѣненія даже въ самомъ мозгу, что могу подтвердить и я, на основаніи недавняго изслѣдованія одного, далеко зашедшаго, случая. Я считаю также вполне возможнымъ, что многочисленныя измѣненія при сухоткѣ еще не вполне извѣстны, особенно въ головномъ мозгу, который столь трудно поддается точному изслѣдованію, и въ сѣромъ веществѣ спинного мозга.

Уже давно извѣстны случаи сухотки, при которыхъ заболѣваніе головного мозга достигаетъ особенно высокой степени, такъ что даетъ поводъ къ появленію картины болѣзни, описываемой подъ именемъ прогрессивнаго паралича. Вообще мы должны сказать, что Tabes крайне сложное заболѣваніе нервной системы, при которомъ поражаются многочисленные отдѣлы волоконъ и частью принадлежащія сюда ганглиозныя кѣлки какъ въ периферическихъ нервахъ, такъ и въ спинномъ мозгу и въ головномъ. Заболѣваніе начинается постоянно въ видѣ дегенеративной атрофіи нервныхъ волоконъ, распространіе которой стоитъ въ тѣснѣйшемъ отношеніи къ фізіологическому значенію ихъ. Извѣстныя системы волоконъ заболѣваютъ въ особенности легко и постоянно, другія рѣже и лишь въ незначительной степени. Порядокъ, въ которомъ заболѣваютъ нервныя отдѣлы, не представляетъ ничего постояннаго, хотя извѣстные правила при этомъ и существуютъ. Также быстрота, съ которой заболѣванія отдѣльныхъ системъ слѣдуютъ другъ за другомъ, подвержена большимъ колебаніямъ. Болѣзнь быстро можетъ привести къ атрофіи большія области, или дѣлать длинныя паузы въ своемъ теченіи. Исходный пунктъ можетъ быть вообще различнымъ: у одного болѣзнь сухотка начинается съ зрительнаго нерва, у другого съ поясничной части спинного мозга, у третьяго съ периферическаго нерва нижней конечности. Однако, несмотря на всѣ эти различія, всегда можно найти типичную законосообразность: въ то время какъ постоянно сильнѣе поражаются одни и тѣ же нервныя отдѣлы, другіе почти постоянно остаются пощаженными.



Если мы сравнимъ всю нервную систему съ постройкой, которой многочисленныя перекладкины и стропила состоятъ частью изъ дерева, частью изъ желѣза, то можно сухотку уподобить медленно распространяющемуся пожару, который оставляетъ пощаженными желѣзные прутья, но повсюду охватываетъ дерево и разрушаетъ его, пока въ заключеніе не останется только желѣзная часть постройки. Начнется-ли огонь съ той или другой части постройки, результатъ въ концѣ концовъ будетъ одинъ и тотъ-же. Если мы понимаемъ сухотку какъ чрезвычайно сложное системное заболевание, то рождается теперь вопросъ, какія-же причины могутъ вызвать столь распространенныя дегенерации въ нервной системѣ? Тутъ мы должны вновь обратиться къ клиническому опыту, не дастъ-ли онъ намъ причинныхъ моментовъ, къ которымъ мы могли бы отнести проявленія табеса. Прошло много времени, прежде чѣмъ мы достигли правильнаго взгляда въ этомъ направленіи. При настоящемъ положеніи медицины простуды, травмы, эксцессы всѣхъ родовъ не могутъ считаться истинной причиной сухотки. Далѣе должно обратить вниманіе на то, что и такой важный факторъ въ появленіи нервныхъ болѣзней, какъ наследственное предрасположеніе, здѣсь не играетъ никакой роли. Сухотка поражаетъ преимущественно людей до того времени вполне здоровыхъ и сильныхъ, въ расцвѣтѣ лѣтъ. Должны быть особые болѣзнетворные агенты, которые внѣдряются въ тѣло и здѣсь производятъ медленно идущее впередъ разрушеніе. Уже съ давнихъ поръ отдѣльные врачи довольно близко подходили къ истинной причинѣ, но первый Фурнье обратилъ вниманіе на тогъ клиническій фактъ, что сухотка наступаетъ б. ч. только у такихъ лицъ, которыя раньше страдали сифилисомъ. Этимъ взглядомъ, признаніемъ котораго въ Германіи обязаны преимущественно изслѣдованіямъ Эрба, проложенъ былъ путь, слѣдуя которому причины сухотки начинаютъ пріобрѣтать ясное и прочное положеніе. Я знаю, что ученіе о сифилитической натурѣ сухотки еще и въ настоящее время имѣетъ, хотя и рѣдкихъ, противниковъ. Если они опираются на то, что все таки существуютъ многочисленныя случаи, при которыхъ не удается констатировать ранъ-

ше бывшего сифилиса, то возраженіе это кажется мнѣ слабымъ. Всѣмъ извѣстно, какъ часто просматриваются легкія инфекции, или забываются совсѣмъ, если онѣ были очень давно. Затѣмъ извѣстны несомнѣнныя третичныя и вторичныя люэтическія проявленія, при невозможности привести доказательства первичной инфекции. И чѣмъ ниже развитіе и умъ больного, тѣмъ скорѣе такіе случаи могутъ имѣть мѣсто. Поэтому вообще въ госпитальной и клинической практикѣ можно видѣть гораздо чаще случаи сухотки, по видимому, безъ предшествующаго сифилиса, чѣмъ въ частной. Но случаи сухотки, гдѣ можно съ увѣренностью исключить предшествующій сифилисъ, мнѣ еще никогда не встрѣчались.

Нужно обратить вниманіе на тотъ фактъ, что *Tuberc.* чрезвычайно рѣдко встрѣчается у женщинъ высшихъ классовъ, между тѣмъ какъ у женщинъ низшихъ классовъ наблюдается, хотя и рѣже, чѣмъ у мужчинъ, все таки довольно часто. Подобное явленіе достаточно объясняется тѣмъ, что сифилисъ у женщинъ высшихъ классовъ бываетъ очень рѣдко и единичные случаи сухотки, которые попадались мнѣ и другимъ наблюдателямъ, могутъ служить яснымъ доказательствомъ сифилитической природы заболѣванія, потому что въ этихъ единичныхъ случаяхъ почти безъ исключенія можно было доказать люэтическую инфекцію. Подобное же отношеніе имѣется и при сухоткѣ у дѣтей, у которыхъ это заболѣваніе наблюдается рѣдко; но если оно и бываетъ въ возрастѣ 10—15 лѣтъ, то почти всегда можно констатировать наследственный, а въ рѣдкихъ случаяхъ и благопріобрѣтенный въ раннемъ дѣтствѣ сифилисъ.

Точно также рядъ другихъ явленій, въ особенности наблюдаемое не разъ наступленіе сухотки у обоихъ супруговъ, единичные случаи сухотки у очень старыхъ людей и проч., находитъ себѣ объясненіе въ предшествующемъ сифилисѣ. Наступленіе болѣзни въ извѣстномъ возрастѣ, преимущественно мужскаго пола и извѣстныхъ классовъ легко и просто объясняется связью съ предшествующей сифилитической инфекціей. Чѣмъ тщательнѣе прослѣдить эту связь, тѣмъ крѣпче слѣдается внутреннее убѣжденіе, что должно существовать

тѣсное отношеніе между обоими заболѣваніями, полное познаніе котораго даетъ ясный взглядъ на причины сухотки.

Я, конечно, того мнѣнія, что все зависитъ отъ правильнаго пониманія этой связи между сухоткой и сифилисомъ. Пока смотрѣли на сухотку, какъ на третичное проявленіе сифилиса, пока на основаніи подобнаго рода возрѣнія становились лицомъ къ лицу съ различными противорѣчивыми фактами; пока становили сухотку въ связь съ первичнымъ сифилитическимъ пораженіемъ сосудовъ и въ такомъ направленіи вели леченіе,—до тѣхъ поръ противники сифилитической теоріи сухотки имѣли твердое положеніе. Такъ какъ всѣ анатомическія измѣненія при сухоткѣ сводили на сифилитическія новообразованія, то бесполезность антисифилитическихъ методовъ леченія служила важнымъ противорѣченіемъ безспорности вышеупомянутаго ученія объ истинной причинѣ сухотки. По этому я уже давно настаивалъ, что связь между сухоткой и сифилисомъ должна быть совершенно иная, чѣмъ между первичнымъ заболѣваніемъ и третичнымъ измѣненіемъ головного мозга. По нашимъ теперешнимъ патологоанатомическимъ возрѣніямъ, мы только тогда будемъ имѣть правильный взглядъ на причину сухотки, когда будемъ считать ее за продуктъ послѣсифилитической интоксикаціи. Чтобы не приводить здѣсь подробныхъ доказательствъ, я скажу только, что, на основаніи подобнаго взгляда, сухотка ставится въ параллель съ цѣлымъ рядомъ другихъ нервныхъ послѣдовательныхъ болѣзней. Напомню вамъ о нервныхъ заболѣваніяхъ послѣ дифтерита; здѣсь дѣло идетъ объ острой инфекціонной болѣзни, по окончаніи которой въ многочисленныхъ нервныхъ областяхъ (нервахъ глазъ, глотки, конечностей) нерѣдко наступаютъ обширныя дегенерации, не имѣющія ничего общаго съ первичнымъ дифтеритическимъ процессомъ; они представляютъ только простыя дегенеративныя состоянія, появленіе которыхъ можно объяснить лучше всего дѣйствіемъ образующагося въ тѣлѣ химическаго яда. Подобнымъ же образомъ, по моему мнѣнію, можно смотрѣть и на сухотку. Подъ вліяніемъ сифилитической инфекціи (инертное состояніе которой въ продолженіи нѣсколькихъ лѣтъ и

даже десятковъ лѣтъ можно допустить, на основаніи многочисленныхъ клиническихъ фактовъ) образуются ненормальные продукты, которые дѣйствуютъ мало помалу на извѣстные нервныя пути дегенерирующимъ образомъ, подобно Pb, Secale и другимъ химическимъ ядамъ. Какъ и при всѣхъ другихъ дегенераціяхъ токсическаго происхожденія, существуетъ явная связь между родомъ яда и поражаемыхъ имъ тканей; каждый ядъ вреденъ только для извѣстной нервной области, для другой онъ можетъ быть вполне индифферентнымъ средствомъ. Этимъ и можно объяснить системный характеръ сухотки; и нѣтъ ничего удивительнаго, что антисифилитическое лѣченіе не можетъ принести особенной пользы, такъ какъ Hg и J могутъ заставить исчезнуть сифилитическія новообразованія, но не могутъ задержать разрушительнаго дѣйствія химическихъ токсиновъ. Въ этомъ мѣстѣ я еще упомяну, что коротко вышеизложенное ученіе о сущности сухотки, какъ послѣ сифилитическаго заболѣванія, зависящаго отъ дѣйствія токсиновъ, согласуется также и съ нѣкоторыми другими клиническими особенностями. Именно, въ общей картинѣ болѣзни наступаютъ по временамъ припадки въ видѣ такъ называемыхъ кризъ, изъ которыхъ извѣстны гастрическія, ренальныя и многія другія; эти явленія, или по крайней мѣрѣ часть ихъ, можно объяснить дѣйствіемъ токсиновъ и каждый, кто хоть разъ наблюдалъ тяжелыя гастрическія кризы табетиковъ, согласится, что вообще вся картина ихъ указываетъ на интоксикацію тѣла.

Безъ сомнѣнія, я сознаю, какъ еще много гипотетичнаго и неяснаго въ вышеупомянутыхъ воззрѣніяхъ на сухотку, однако это соотвѣтствуетъ нашимъ научнымъ требованіямъ для понятія о сущности болѣзней, потому что мы стремимся къ болѣе общему представленію о самомъ внутреннемъ происхожденіи болѣзни. Если подобныя основныя воззрѣнія вытекаютъ изъ разбора отдѣльныхъ фактовъ и стоятъ въ противорѣчій съ тѣми или другими патолого-анатомическими представленіями, то они не имѣютъ значенія научнаго достоинства; они даютъ только нить, которая опредѣляетъ дальнѣйшее изслѣдованіе цѣлей и способовъ.

Если только что развитыя возрѣнія о сущности сухотки справедливы, то имъ должны соотвѣтствовать и наши терапевтическіе приемы. Но мы никогда не можемъ выработать правильнаго объективнаго мнѣнія о достоинствѣ различныхъ методовъ лѣченія, если не будемъ имѣть достаточнаго понятія о всевозможныхъ случайностяхъ, какія могутъ произойти во время болѣзни сами собою безъ терапевтическаго вмѣшательства. Въ этомъ отношеніи я долженъ обратить вниманіе на извѣстныя особенности сухотки, которыя, можетъ быть, не нашли еще всесторонняго достаточнаго разсмотрѣнія. Именно я хочу указать на то, что теперешняя діагностика сухотки настолько легка, что мы можемъ узнавать даже очень слабо выраженные, рудиментарные случаи. Уто подобные случаи мало по малу могутъ переходить въ тяжелыя формы, этого естественно нельзя отрицать. Но дѣло въ томъ, что въ такихъ случаяхъ табетки имѣютъ неподвижность зрачковъ, отсутствіе пателлярныхъ рефлексовъ и иногда легкія нарушенія чувствительности въ видѣ ослабленія или раздраженія, въ остальномъ же, въ продолженіи многихъ лѣтъ, они чувствуютъ себя хорошо, такъ что едвали считаютъ себя больными.

Происходитъ это можетъ быть оттого, что причины, вызывающія болѣзненный процессъ, или незначительны, или, встрѣчаясь съ сильной сопротивляемостью нервной системы, могутъ сами собою на долгое время, а можетъ быть и на всегда, уничтожаться. Само собою понятно, что не можетъ быть и рѣчи о томъ, чтобы разъ потерянная чувствительность, которая зависитъ отъ истинной атрофіи неспособныхъ къ регенераціи волоконъ, могла вновь возвратиться. Всѣ же явленія раздраженія могутъ прекратиться и не появляться болѣе.

Во всякомъ случаѣ мы не можемъ, въ смыслѣ прогноза, всѣ случаи сухотки подводить подъ одинъ и тотъ же итогъ.

Способы теченія здѣсь также безконечно разнообразны, какъ при туберкулезѣ легкихъ.

Второй практически важный фактъ тотъ, что мы при сухоткѣ наблюдаемъ иногда почти полное прекращеніе извѣстныхъ нервныхъ функцій, которыя потомъ мало по малу вновь могутъ возвратиться. Я знаю слу-

чаи, гдѣ почти внезапно появлялась столь сильная атаксія, что больные, у которыхъ движенія предъ этимъ были совершенно свободны, болѣе не могли ни стоять; ни ходить; или случаи, гдѣ почти моментально наступалъ полный параличъ детрузора пузыря. Эти явленія мало по малу исчезали и, я думаю, что терапия здѣсь не играла особенной роли. Объясняю я ихъ тѣмъ, что, подъ вліяніемъ вредныхъ агентовъ, развивающихся въ тѣлѣ, извѣстныя нервныя области внезапно испытываютъ остановку функцій, но не разрушаются при этомъ. Какъ глубокой наркозъ морфіемъ, параличи отъ кураре и другихъ отравленій могутъ исчезнуть вновь, точно также и здѣсь пораженныя волокна и клѣтки могутъ опять оправиться, — хотя гораздо медленнѣе. Во всякомъ случаѣ это одно изъ важныхъ состояній, которые нужно имѣть въ виду при сужденіи о терапевтическихъ результатахъ, такъ какъ при сухоткѣ происходятъ подобныя самопроизвольныя улучшенія, повидимому, тяжелыхъ симптомовъ.

Третій, важный въ прогностическомъ и терапевтическомъ отношеніи фактъ тотъ, что всѣ состоянія, ослабляющія и возбуждающія вообще тѣло и въ особенности нервную систему, понижаютъ способность нервовъ сопротивляться болѣзнетворнымъ началамъ, между тѣмъ какъ цѣлесообразное діететическое содержаніе больныхъ до извѣстной степени уменьшаетъ каждое вредное вліяніе. Всѣ госпитальные врачи часто наблюдаютъ, что табетки, которые прежде жили при плохихъ условіяхъ и поступали въ больницу съ тяжелыми явленіями болѣзни, уже подъ вліяніемъ покоя, цѣлесообразнаго питанія и ухода получали значительное облегченіе.

Во всякомъ случаѣ я усматриваю въ правильномъ гигиеническомъ распредѣленіи всего образа жизни табетиковъ крайне важную часть врачебной задачи. Табетику еще тщательнѣе слѣдуетъ избѣгать всего, что уже и въ здоровомъ состояніи можетъ оказывать вредное дѣйствіе на тѣло и въ особенности на нервную систему (неумѣренность въ ѣдѣ, пьянство, куреніе). Должно также табетикамъ избѣгать тѣлесныхъ напряженій, и я всегда предупреждаю ихъ отъ всякаго переутомленія мускуловъ, — продолжительнаго хожденія, поднятія на горы и проч. еще тогда, когда нѣтъ даже

никакого слѣда моторной слабости или атаксіи, такъ какъ несоблюденіе этой осторожности часто имѣетъ дурныя послѣдствія.

Переходя теперь къ разсмотрѣнію извѣстныхъ до сихъ поръ обычныхъ методовъ лѣченія сухотки, мы должны, къ сожалѣнію, признаться, что уже по основнымъ возрѣніямъ, которыхъ мы держимся въ настоящее время относительно сущности табетическихъ дегенераціонныхъ процессовъ, нельзя приписывать никакого глубокаго вліянія на общее теченіе болѣзни большей части употребляемыхъ средствъ. На самомъ дѣлѣ я не думаю, чтобы всевозможныя купанья, растиранья, гальванизация, фарадизация и проч. могли значительно воспрепятствовать атрофіи нервныхъ элементовъ. Положимъ я охотно соглашусь, что подъ вліяніемъ названныхъ методовъ происходятъ нѣкоторыя улучшенія страданія и что нельзя обойтись безъ нихъ въ симптоматическомъ леченіи сухотки. Именно, часто бываетъ замѣтно значительное улучшеніе страданія пузыря, вслѣдствіе цѣлесообразнаго электрическаго леченія; походка больныхъ послѣ гальванизации дѣлается увѣреннѣе и тверже; сильные припадки болѣе уменьшаются при примѣненіи гидротерапіи; но, къ сожалѣнію, мы знаемъ, какъ часто эти улучшенія только мимолетны и какъ трудно получить истинное понятіе объ ихъ объемѣ и о настоящей причинѣ появленія. Если и справедливо указывается на то, что большое вліяніе на субъективное ощущеніе больныхъ имѣетъ такъ называемое внушеніе, то не должно забывать, что не всегда говорится только о дѣйствіи внушенія на паціентовъ, но часто также и на самихъ лѣчащихъ врачей.

Леченіе сухотки подвѣшиваніемъ, надѣлавшее шуму въ послѣднее время, можетъ доставить кое-какія симптоматическія улучшенія; задерживающаго же вліянія на теченіе болѣзни оно навѣрное не имѣетъ и не нужно быть пророкомъ, чтобы предсказать ему жребій другихъ прославленныхъ средствъ. Весьма трудно опредѣлить, на сколько возможно остановить распространеніе болѣзни при долгомъ употребленіи внутреннихъ средствъ. Въ этомъ отношеніи я часто пользуюсь *Argento nitrico* и *Ergotin*’омъ и могу съ увѣренностью утверждать, что оба средства хорошо переносятся долгое время

и нерѣдко восхваляются самими больными. Интересно, что Ergotin въ токсическихъ дозахъ вызываетъ заболѣваніе спинного мозга, которое имѣетъ нѣкоторое сходство съ сухоткой; на это можно было бы сослаться, какъ на доказательство того, что Ergotin есть вещество, которое имѣетъ вѣрное фармакологическое отношеніе къ волокнамъ заднихъ пучковъ спинного мозга. Для симптоматическаго леченія имѣется еще цѣлый рядъ другихъ средствъ.

Упомяну о новѣйшихъ жаропонижающихъ, которыя съ пользою можно употреблять при табетическихъ боляхъ; при этомъ существуютъ случайныя индивидуальныя различія: одинъ больной чувствуетъ значительное облегченіе отъ антипирина, другой отъ фенацетина, антифебрина, или салициловаго натра. Важно установить точныя положенія для назначенія антисифилитическаго леченія при сухоткѣ. Послѣдователи сифилитической теоріи еще не ясно понимали основное различіе сухотки отъ третичныхъ сифилитическихъ заболѣваній нервной системы и лечили ее какъ таковую, что было большою ошибкой. Съ одной стороны отъ подобнаго леченія зависели частыя неудачи, съ другой—давался въ руки поводъ для возраженія противникамъ этого ученія. На основаніи нашихъ вышеизложенныхъ воззрѣній, само собою понятно, что невозможно при сухоткѣ подъ вліяніемъ леченія ртутью, получить результаты, которые часто наблюдаются при всѣхъ истинныхъ гуммозныхъ процессахъ, такъ какъ при сухоткѣ дѣло идетъ не объ удаленіи сифилитическихъ новообразованій, а о прекращеніи послѣсифилитическихъ дегенеративныхъ процессовъ. Если, не смотря на это, я не исключаю совершенно изъ терапіи сухотки антисифилитическихъ методовъ, то дѣлаю это по двумъ причинамъ. Возможно, что леченіе ртутью и іодомъ дѣйствуетъ на существующія въ тѣлѣ первоначальныя сифилитическіе процессы и можетъ воспрепятствовать или по крайней мѣрѣ задержать появленіе вторичныхъ вредныхъ воздѣйствій на нервную систему. Хотя я и не основываю большихъ терапевтическихъ надеждъ на примѣненіи смѣшаннаго леченія, но все таки назначаю его въ начальныхъ стадіяхъ сухотки въ той мысли, что, можетъ быть, удастся сколько нибудь



задержать распространение болѣзни. Кромѣ того существуетъ еще, по моему мнѣнію, вторая важная точка зрѣнія. Такъ какъ сухотка наступаетъ у лицъ, которые раньше страдали сифилисомъ, то, понятно, что можно ожидать иногда вблизи табетическихъ дегенерацій нервовъ специфическія и сифилитическія пораженія нервной системы. Многочисленныя наблюденія новѣйшаго времени на самомъ дѣлѣ показываютъ, что бываютъ гуммозные заболѣванія спинного мозга, которыя даютъ клиническую картину очень похожую на Tabes. Я даже думаю, что нѣкоторые случаи прямо могутъ представлять комбинацію сухотки съ гуммозными заболѣваніями спинного мозга. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ употребленіе энергичныхъ антисифилитическихъ мѣръ въ высшей степени желательно и, такъ какъ разграниченіе подобныхъ заболѣваній при жизни больного не всегда легко и вѣрно, то лучше лишній разъ безъ пользы употребить леченіе ртутью, чѣмъ не сдѣлать того, что могло бы помочь.

На основаніи многочисленныхъ клиническихъ наблюденій, можно видѣть, какъ часто въ нѣкоторыхъ случаяхъ получаютъ значительныя улучшенія подѣ влияніемъ антисифилитическаго леченія.

Цѣль наша—найти дѣйствительное средство противъ сухотки—еще не достигнута. Терапія должна найти способы, на основаніи которыхъ можно было бы ненормальные химическіе процессы въ больномъ тѣлѣ измѣнить и сдѣлать не дѣйствительными. Многочисленные извѣстные фармакологіи факты объ отношеніи ядовъ и противоядій не допускаютъ насъ терять надежду, что мы и въ этомъ случаѣ стремимся не къ невозможному. Но кто можетъ сказать, скоро-ли счастливый случай или умъ генія дастъ намъ въ руки надежное средство къ борьбѣ съ сухоткой.

---

## Экспериментальныя изслѣдованія эпи- лепсіи.

З. В. Гутниковъ.

(Изъ лабораторіи prof. Obersteiner'a).

Всѣ, занимающіеся изученіемъ явленій соматической эпилепсіи, болѣе или менѣе согласны съ тѣмъ, что эта болѣзнь является, главнымъ образомъ, у людей съ предварительно подорванной нервной системой. Что слѣдуетъ разумѣть подъ выраженіемъ «подорванная нервная система» — вопросъ на столько обширный, что исчерпать его едва-ли удастся и въ далекомъ будущемъ. На этотъ разъ изъ длиннаго ряда причинъ, вызывающихъ «подорванность» нервной системы, считаю достаточнымъ указать на приобрѣтенный и наследственный сифилисъ, пьянство родителей и личное пьянство, рахитисъ и рядъ послѣдствій *травматическихъ поврежденій центральной и периферической нервныхъ системъ*.

Но для полученія эпилептическихъ припадковъ недостаточно имѣть лишь «подорванность» нервной системы; эта «подорванность», есть лишь, если возможно такъ выразиться, Дамокловъ мечъ, висящій надъ нервной системой; онъ можетъ упасть, но можетъ и не упасть; необходима, стало бытъ, нѣкоторая промежуточная сила, которая разорвала-бы связь между мечемъ и точкой его прикрѣпленія. Съ давнихъ поръ въ медицинѣ установленъ фактъ, что связующимъ звеномъ между «подорванностью» нервной системы и проявленіемъ «подорванности» въ видѣ эпилептическихъ припадковъ служитъ вазомоторная нервная система; съ этимъ всѣ, занимающіеся изученіемъ явленій эпилепсіи, болѣе или менѣе согласны; но такъ-же съ давнихъ поръ существуетъ и несогласіе въ рѣшеніи вопроса, въ чемъ заключается эта «про-

межуточная» сила вазомоторовъ—въ *анемiи* центральной нервной системы, или въ *гиперемiи* ея. Слишкомъ далеко пришлось-бы уклониться отъ намѣченнаго мною плана, чтобы хотя вкратцѣ разсмотрѣть болѣе выдающіяся работы въ этомъ направленiи. Считаю достаточнымъ пока упомянуть, что въ настоящее время господствуетъ теорiя, принимающая *гиперемiю* центральной нервной системы, какъ звено, связующее «подорванность» нервной системы съ проявленiемъ ея въ видѣ эпилептическихъ припадковъ.

Въ довольно отдаленное отъ насъ время проф. Куссмауль, опираясь на свои знаменитые опыты, старался доказать, что звено это есть *анемiя*; но болѣе позднiя изслѣдованiя въ этомъ направленiи подорвали теорiю Куссмауля и указали на *гиперемiю* центральной нервной системы, какъ на несомнѣнную связь между основной болѣзью и проявленiемъ ея въ видѣ эпилептическихъ припадковъ. Теорiя *анемiи* профес. Куссмауля была предана забвенiю. Факты, ежедневно наблюдаемые клиницистами и указывающiе на то, что испугъ, ужасъ, сильная и неожиданная радость, сильный гнѣвъ, острыя и обильныя потери крови и т. д., словомъ жизненные моменты, сопряженные съ сильнѣйшей *анемiей* центральной нервной системы, суть моменты въ высокой степени благоприятныя для проявленiя нервной подорванности въ видѣ эпилептическихъ припадковъ—все это получило болѣе или менѣе искусственную окраску и было объясняемо съ точки зрѣнiя теорiи *гиперемiи*. Во всякомъ случаѣ, вопросъ этотъ и до настоящаго времени, по существу своему, остается широко открытымъ. Поэтому осмѣливаюсь думать, что каждая, самая хотя-бы малая, капля свѣта, пролитая или имѣющая быть пролитой на эту чрезвычайно важную, но остающуюся въ темнотѣ, область, можетъ принести хотя-бы каплю пользы; поэтому рѣшаюсь представить на судъ интересующихся этими вопросами ту «микроскопическую» каплю, которую мнѣ удалось добыть, благодаря любезности и просвѣщенному руководству профессора Оберштейнера въ Вѣнѣ.

Въ лабораторiи уважаемаго профессора и при его непосредственномъ участiи, мнѣ удалось сдѣлать нѣ-

сколько опытовъ, которые до нѣкоторой степени ясно указываютъ, что связующее звено между подорванностью нервной системы и проявленіемъ этой подорванности въ видѣ эпилептическихъ припадковъ, есть *анемія* головного мозга.

Указанные опыты начаты мною въ октябрѣ 1890 г. и произведены исключительно на морскихъ свинкахъ при помощи «центрофугальной машины». Указанная машина сдѣлана въ мастерской Lenoir und Foster (Wien. IV. Waagasse); состоитъ она изъ двухъ неодинаковой величины круговъ, укрѣпленныхъ на массивной подставкѣ. При поворотѣ, помощью ручки, меньшаго круга на одномъ оборотѣ, большій кругъ, соединенный «безконечнымъ» ремнемъ съ первымъ кругомъ, совершаетъ три точныхъ оборота. Диаметръ большаго круга равняется 60 с., стало быть, окружность его = 188,40 сантим. Ходъ машины отличается опредѣленной точностью, такъ что съ увѣренностью можно ручаться за количество оборотовъ въ данное время. Животное (въ данномъ случаѣ морская свинка) кладется на большій кругъ головой къ периферіи или къ центру, смотря по цѣли опыта, прикрѣпляется къ кругу тѣмъ или другимъ образомъ (я лично предпочитаю узкіе мѣшки, сдѣланные изъ грубаго полотна на одномъ концѣ съ широкимъ отверстіемъ, въ которое свинка легко проходитъ, и на другомъ концѣ съ настолько малыми отверстіями, чтобы въ него могъ проникнуть лишь концевъ рыльца животнаго), — и подвергается верченію.

Прежде, чѣмъ приступить къ изложенію моихъ опытовъ и полученныхъ результатовъ ихъ, осмѣливаюсь сказать нѣсколько словъ объ извѣстной работѣ Dr. A. Salathé, «Influence des attitudes sur la circulation cérébrale». «*Giration*». «Physiologie expérimentale. Travaux du laboratoire de M. Marey. III. Année 1877. Paris».

D-г Salathé провелъ свои опыты, главнымъ образомъ, на кроликахъ и пользовался аппаратомъ, который профессоръ Marey употреблялъ для изслѣдованія дыхательныхъ движеній у птицъ при ихъ полетѣ. О смерти животнаго D-г Salathé узнавалъ по прекращенію дыхательныхъ движеній, записанныхъ при помощи того-же аппарата.

Что касается записыванiй тѣмъ-же аппаратомъ движенiй сердца, что играетъ существенную роль при опредѣленiи наступленiя смерти животнаго, какъ мы увидимъ это ниже, то D-г Salathé по этому поводу замѣчаетъ слѣдующее: «мы пытались такъ-же получить рисунокъ сокращенiй сердца, но незначительныя толчки, неразлучныя съ движенiемъ аппарата, не позволили намъ достигнуть заслуживающаго довѣрiя воспроизведенiя ихъ» <sup>1)</sup>. Результаты своихъ опытовъ D-г Salathé получилъ слѣдующiе: «у животныхъ, задняя часть которыхъ находилась на периферiи (круга), смерть происходила отъ анемiи головного мозга, происходящей въ силу прилива крови отъ головного мозга и брюшныхъ органовъ къ заднимъ конечностямъ» <sup>2)</sup>, и далѣе: «Въ случаѣ, гдѣ голова занимала периферiю аппарата, смерть, въ общемъ болѣе медленная, чѣмъ смерть при противоположномъ положенiи (животнаго), объясняется застоемъ крови въ головномъ мозгу» <sup>3)</sup>. Для болѣе убѣдительности своихъ выводовъ, D-г Salathé перетягиваетъ шею животнаго, сейчасъ послѣ смерти послѣдняго, снуркомъ, по способу Буррова (Burrows), съ той цѣлю, чтобы воспрепятствовать крови распредѣлиться въ организмъ животнаго, послѣ снятiя его съ аппарата, болѣе или менѣе равномерно. Далѣе, D-г Salathé представляетъ рисунокъ трехъ кривыхъ, указывающихъ на постепенное ослабленiе дыхательныхъ движенiй животнаго во время верченiя.

Опираясь на свои опыты, осмѣливаюсь заявить, что результаты, полученные докторомъ Salathé, не вполне

1) «Nous desirions inscrire également le tracé des Systoles du coeur, mais de petites oscillations inhérentes à la marche de l'appareil ne nous ont pas permis d'en obtenir la reproduction fidele». *Physiol. experim.* III. Année 1877. Paris. Salathé. «Influence des attitudes sur la circulation cérébrale». Page 268. «Giration».

2) «Chez les animaux dont l'arrière-train est dirigé du côté de la peripherie, la mort liée à l'anémie cérébrale se produit par suite de la dérivation qui tend à propulser le sang dans les extrémités postérieures aux dépens de l'encéphale et des organes thoraciques». *Ibidem.* Page 269.

3) «Dans le cas où la tête occupait la peripherie de l'appareil giratoire, la mort, on général plus tardive que dans le cas opposé, s'explique en partie par stase du sang dans l'encéphale». *Ibidem.* Page 269.

вѣрны, — чтобы яснѣе доказать это, осмѣливаюсь отступить нѣсколько въ сторону отъ намѣченного мною плана.

Если взять недавно убитое животное и подвергнуть его вращенію на «центрофугальной» машинѣ съ нижеуказанной мною скоростью, въ продолженіи хотя бы только 10—15", прикрѣпивъ его головой къ периферіи круга и затѣмъ немедленно вскрыть, то, при этихъ условіяхъ, дѣйствительно, получается картина сильнѣйшей гипереміи головного мозга, мозговыхъ оболочекъ и сильнѣйшая анемія задка животного. Если же помѣстить *убитое* животное въ обратномъ положеніи, т. е., головой къ центру круга и задней частью къ периферіи, то картина, при вскрытіи, получается обратная: сильнѣйшая анемія головного мозга и его оболочекъ и гиперемія задней части животного. Словомъ, въ данномъ случаѣ, т. е., при вращеніи *убитаго* животного, распредѣленіе крови вполне подчиняется законамъ центробѣжныхъ силъ; и выводы D-г Salathé, при данныхъ условіяхъ, совершенно вѣрны. — Но при вращеніи животныхъ *живыхъ* получается картина распредѣленія крови совершенно противоположная той, которую представилъ D-г Salathé; такъ, при положеніи животного головой къ периферіи круга и при вращеніи его до смерти, которая у морскихъ свинокъ, при скорости 108 оборотовъ въ 1', наступаетъ по истеченіи  $1\frac{1}{2}'$ —2', получается, при немедленномъ вскрытіи, слѣдующая картина: сильнѣйшая *анемія* головного мозга (у Salathé *гиперемія*), сердце до крайности растянато жидкой «черной» кровью, печень переполнена кровью, задняя часть животного представляетъ явленія гипереміи. При обратномъ положеніи животного, т. е., головой къ центру и задней частью къ периферіи круга — при указанной скорости требуется приблизительно въ 2-е больше времени вращенія до смерти животного (у Salathé въ 2-е меньше) получается сильнѣйшая *гиперемія* головного мозга (у Salathé *анемія*), — сердце пусто и анемично, печень анемична, задокъ животного такъ-же анемиченъ. Словомъ, данныя, полученные мною при одинаковыхъ условіяхъ съ D-г. Salathé, идутъ въ полнѣйшій разрѣзъ съ выводами этого послѣдняго.

Для установленія приведеннаго мною факта распре-  
дѣленія крови у *живаго* животнаго, подвергнутаго вер-  
ченію, мной произведено было 32 опыта: 16 съ поло-  
женіемъ головы животнаго къ периферіи круга и 16  
съ обратнымъ положеніемъ.

Естественно, является вопросъ, гдѣ-же кроется  
причина такихъ разногласій въ полученныхъ резуль-  
татахъ?

Д-г Salathé, при производствѣ своихъ опытовъ,  
пользовался аппаратомъ профессора Magey, компетент-  
ность котораго въ дѣлѣ устройства и примѣненія вся-  
каго рода аппаратовъ для изслѣдованія дыхательныхъ  
и сердечныхъ движеній, стоитъ выше всякаго сомнѣ-  
нія и конкуренціи. Д-г Salathé приводитъ и кривыя  
дыхательныхъ движеній животнаго во время опытовъ;  
эти кривыя указываютъ на постепенное ослабленіе  
дыхательныхъ движеній животнаго во время опыта; по  
верхней кривой можно видѣть, что животное еще ды-  
шетъ; но дыхательныя движенія настолько удалены  
другъ отъ друга и такъ сравнительно слабы, что ихъ  
можно принять уже за предсмертныя.—Еще нѣсколько  
оборотовъ круга—и животное умерло. Если немедля  
вскрыть животное, то картину, полученную при этомъ,  
можно, казалось бы съ нѣкоторой достовѣрностью  
принять за картину еще прижизненнаго распре-  
дѣленія крови подъ вліяніемъ дѣйствія центробѣжныхъ силъ.

Невольно однако приходится задаться, по видимому,  
смѣшнымъ, но въ сущности чрезвычайно серьезнымъ  
и сложнымъ, въ смыслѣ рѣшенія, вопросомъ: что нужно  
разумѣть подъ словомъ «смерть» и возможно-ли ска-  
зать, что животное живетъ, если оно еще дышетъ?  
Физиологамъ не безызвѣстно, что дыхательныя дви-  
женія могутъ продолжаться въ то или другое время  
послѣ того, какъ сердце перестало сокращаться. Для  
меня въ данномъ случаѣ безразлично, есть ли подоб-  
ное дыханіе признакъ продолжающейся искры жизни,  
или нѣтъ; для меня важно лишь рѣшеніе вопроса,  
тотъ часъ ли послѣ того, какъ сердце перестало сокра-  
щаться, кровь животнаго выходитъ изъ подъ контроля  
вазомоторныхъ центровъ и подпадаетъ участи цен-  
тробѣжныхъ силъ въ самомъ простомъ видѣ этихъ за-  
коновъ, или предъ этимъ долженъ пройти извѣстный

промежутокъ времени, — и какъ долженъ быть приблизительно великъ этотъ промежутокъ. Прямыхъ указаний на рѣшеніе этого вопроса я, къ несчастью, нигдѣ не могъ найти; но à priori можно до нѣкоторой степени согласиться съ тѣмъ, что «смерти» сердца предшествуетъ «смерть» вазомоторныхъ центровъ, что съ поразительной ясностью можно видѣть на картинѣ «Erstickung'a»; основываясь на этомъ можно свободно допустить, что «смерть» сердца есть та граница, перешагнувши, такъ сказать, которую, кровь, какъ всякая жидкость, заключенная въ систему «эластическихъ» трубокъ и поставленная въ условія ротаторныхъ движеній «en masse», вполне подчиняется простымъ законамъ центробѣжныхъ силъ. Припомнимъ при этомъ, что самъ D-г Salathé (см. выше) говоритъ, что движенія сердца животнаго, при произведенныхъ имъ опытахъ, не могли быть записываемы аппаратомъ; иначе говоря, что остановка дѣятельности сердца, какъ граница, за которой кровь начинаетъ подчиняться всецѣло лишь центробѣжнымъ силамъ, не могла быть уловлена D-г Salathé; такимъ образомъ, чрезвычайно легко могло случиться, что D-г Salathé нѣкоторое время подвергалъ вращенію *не живое животное, а трупъ*. Изъ моихъ опытовъ видно, что достаточно подвергнуть трупъ вращенію въ теченіи 10 — 15 секундъ, чтобы кровь распредѣлилась въ организмъ вполне согласно съ простыми законами центробѣжныхъ силъ, D-г же Salathé употреблялъ скорость вращенія, почти въ 2 раза превосходящую скорость, употребленную мной; поэтому, при вращеніи трупа со скоростью D-г Salathé, кровь еще быстрѣе и интенсивнѣе могла распредѣлиться, подчиняясь простымъ законамъ центробѣжности.

Основываясь на этомъ, можно съ нѣкоторой положительностью согласиться съ тѣмъ, что D-г Salathé принялъ посмертное распредѣленіе крови за распредѣленіе прижизненное и получилъ при вскрытіи, представленныя имъ съ такой поразительной увѣренностью въ правильности ихъ происхожденія, картины гипереміи и анеміи.

Естественно, является далѣе вопросъ, какой же способъ былъ употребленъ мною съ цѣлью узнать при



верченіи моментъ наступленія смерти животнаго? Способъ, употребленный мной съ указанной цѣлью, хотя и отличается крайней примитивностью, но, по моему мнѣнію, вполне отвѣчаетъ требованію.

Укрѣпивъ животное на кругѣ въ томъ или другомъ положеніи, т. е., головой къ центру или къ периферіи круга, я ущемляю его рыльце, ухо или другую какую либо часть, смотря по тому, на ущемленіе какой части животное болѣе сильно реагируетъ пискомъ. Съ этой цѣлью я пользуюсь маленькими «щипчиками», сдѣланными по идеѣ устройства обыкновенныхъ торзiонныхъ пинцетовъ. Нужно замѣтить, что морскія свинки отвѣчаютъ пронзительнымъ пискомъ на самое незначительное болевое раздраженіе и продолжаютъ пищать до тѣхъ поръ, пока не будетъ прекращено раздраженіе. Каждый, желающій удостовѣриться, можетъ достигнуть этого, слегка даже сдавливая кожу животнаго пальцами. Во время вращенія круга, названные «щипчики», подчиняясь дѣйствию центробѣжныхъ силъ, стремятся оторваться отъ мѣста прикрѣпленія и тѣмъ заставляютъ экспериментируемое животное еще интенсивнѣе отвѣчать пискомъ. Въ началѣ опыта животное обыкновенно издаетъ пронзительный пискъ, затѣмъ пискъ дѣлается нѣсколько слабѣе и протяжнѣе, а къ концу  $1\frac{1}{2}$  м. обыкновенно сразу обрывается; въ этотъ послѣдній моментъ я останавливаю аппаратъ, не давши кругу сдѣлать и одного лишняго оборота, и снимаю животное, которое можетъ быть уже мертвымъ, но этого можетъ и не быть, т. е., можетъ случиться, что животное еще живетъ. Въ послѣднемъ случаѣ я оставляю животное до слѣдующаго опыта, который повторяю не раньше истеченія трехъ дней—съ цѣлью дать животному надлежащимъ образомъ оправиться. Въ первомъ-же случаѣ, не теряя ни минуты, приступаю къ вскрытію. (Здѣсь считаю долгомъ упомянуть, что, хотя и очень рѣдко, животное, кажущееся умершимъ, при разрѣзѣ кожи черепа, начинаетъ проявлять признаки жизни. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ животное немедленно умерщвляется, и вскрытіе не производится или, если и производится, то съ иной цѣлью). Такимъ образомъ употребляемый мною способъ опредѣленія момента наступленія смерти

никоимъ образомъ не можетъ повести къ полученію картины посмертнаго распредѣленія крови подѣ влияніемъ центробѣжныхъ силъ, такъ какъ, само собою разумѣется, умершее животное не можетъ реагировать пискомъ.

Почему, спрашивается, я стараюсь ожидать, при верченіи, смерти животнаго? Казалось-бы проще поступить такимъ образомъ: вращать животное  $1\frac{1}{2}$ —2', т. е., тотъ промежутокъ времени, въ который, при данной скорости движенія круга, морскія свинки обыкновенно умираютъ, и затѣмъ, не обращая вниманія на то, умерло или нѣтъ животное, приступать къ вскрытію безъ перевязки шеи животнаго снуркомъ по способу Виггowa, или съ перевязкой; вѣдь за указанный періодъ времени кровь животнаго успѣла уже навѣрное распредѣлиться согласно дѣйствию центробѣжныхъ силъ! Зачѣмъ и заботиться тогда о наступленіи момента смерти? При первомъ взглядѣ такое разсужденіе кажется вполне логичнымъ; соблазнившись кажущейся логичностью, я произвелъ нѣсколько опытовъ въ этомъ направленіи; но при вскрытіи получалъ картины, каждый разъ разнѣющіяся одна отъ другой, при тѣхъ же условіяхъ положенія головы животнаго, скорости вращенія и пр. Я получаю одинъ разъ гиперемію головного мозга, другой разъ анемію его..... Почему это такъ, съ положительностью сказать не умѣю; но думаю, что, если начать вскрывать черепъ у животнаго, не умершаго еще подѣ влияніемъ вращенія и не удушивши его по способу Виггowa, то мы рискуемъ получить совсѣмъ иную картину распредѣленія крови, чѣмъ та, которая должна получиться послѣ смерти; такъ какъ мы, при вскрытіи черепа живущаго еще животнаго, такъ грубо раздражаемъ массу чувствительныхъ и двигательныхъ нервныхъ волоконъ, снабжающихъ эту область, что, подѣ влияніемъ этого раздраженія, въ высокой степени рискуемъ получить сочувственное раздраженіе вазомоторныхъ центровъ, заложенныхъ въ продолговатомъ мозгу, въ силу котораго (раздраженія) полученная предѣ этимъ отъ верченія на центрофугальной машинѣ картина распредѣленія крови можетъ легко измѣниться и мы можемъ подпасть ошибкѣ.

Если-же, съ другой стороны, у остающагося еще послѣ вращенія животнаго живымъ компримировать по способу Виггоу'а сосуды, доставляющіе и отводящіе кровь головного мозга, то при этомъ стоитъ лишь припомнить анатомію шеи, чтобы понять, что не всѣ сосуды шеи могутъ быть сдавлены такимъ способомъ—art. и ven. vertebralis, заложенные въ костную ткань позвонковъ, останутся свободными для притока и оттока крови. Но кто же можетъ поручиться, что крови въ данное время столько же будетъ притекать по art. vertebralis, сколько оттекаетъ по vena vertebralis? Кто можетъ поручиться, что при этомъ ничего не прибавится и неубавится въ картинѣ кровораспределенія въ головномъ мозгу, полученной послѣ вращенія.

Сознаю значительную шаткость приведенныхъ мною причинъ ошибочности выводовъ D-г Salathé — быть можетъ и не въ этомъ заключается причина ошибочности его выводовъ. Что-же касается моихъ личныхъ мнѣній на этотъ счетъ, то я не смѣю настаивать на непогрѣшимости этихъ мнѣній.

Установивъ болѣе или менѣе твердо фактъ, что при вращеніи морской свинки головой къ периферіи круга получается *анемія* головного мозга и при положеніи головой къ центру — *гиперемія*, осмѣливаюсь приступить къ изложенію дальнѣйшихъ результатовъ своихъ наблюденій, что собственно и составляетъ главную задачу даннаго сообщенія.

Въ самомъ началѣ этой статьи я упомянулъ, что среди причинъ, обусловливающихъ «подорванность» нервной системы, играютъ очень видную роль *травматическія поврежденія центральной и периферической нервныхъ системъ*. Читая извѣстную работу профессора Оберштейнера: «Zur Kenntniss einiger Hereditätsgesetze». Med. Jahrbücher II. Heft. 1875, и видя, что, при перерѣзкѣ или, еще вѣрнѣе, при вырѣзкѣ куска сѣдалищаго нерва у морскихъ свинокъ, эти послѣднія, по истеченіи 2—3 недѣль, получаютъ наклонность къ проявленію соматической эпилепсіи, по поводу чего профессоръ Оберштейнеръ говоритъ слѣдующее: «Einige Tage nach der Durchschneidung eines Nervus ischiadicus zeigt sich, dass an einer gewiss Partie des

Kopfes und Halses, auf der Seite der Operation die Empfindlichkeit abnimmt; Kneipf man das Thier an dieser Zone épileptogène genannten Gegend, so Krümmtes sich nach der Seite der Verletzung, und es erfolgen einige heftige Kratzbewegungen mit dem Hinterbeine derselben Seite; wartet man wieder einige Tage, mitunter mehrere Wochen, so wird nach Kneipen in der Zone mit diesen Kratz bewegungen ein vollständiger epileptischer Anfall eingeleitet, in dem tonische und klonische Krämpfe abwechseln, und der gewöhnlich von der Bewusstlosigkeit, einem stuporösen Zustande, noch um eine merkbare Zeit überdauert wird»—я рѣшилъ повторить указанные опыты, но съ совершенно другой цѣлью, чѣмъ та, которой стремился достигъ и достигъ названный ученый. Задача моя, о которой буду подробно говорить ниже, основывалась на слѣдующемъ разсужденіи: Всѣ морскія свинки, у которыхъ оперированъ сѣдалищный нервъ въ указанномъ видѣ, получаютъ ту «подорванность», нервной системы въ силу причинъ травматическихъ, которая «при благопріятныхъ» условіяхъ. можетъ проявиться въ видѣ эпилептическихъ припадковъ. Что эта «подорванность» есть истинная, а не кажущаяся, подорванность, на это ясно указываетъ слѣдующее наблюденіе того-же ученаго: «In der Kegel verschwindet nach Monaten wieder die Tendenz zu den Anfällen; das Wiederkehren des normalen Zustandes, wenn ein solcher überhaupt noch eintritt, manifestirt sich durch das Ausfallen der Haare in der epileptogenen Zone. Ich muss die Wiederherstellung eines vollkommen normalen Zustandes, nachdem das Thier einmal epileptisch gewesen, sehr in Zweifel ziehen, denn für's erste habe ich noch nach Jahren, wenn die Thiere schon ganz gesund schienen, spontan oder auf Keizung einen Anfall eintreten gesehen, und für's zwiete sind *die Jungen von bereits geheilten Thieren ebenso häufig, wenn nicht häufiger, hereditär belastet, als die Jungen noch mitten in dem Krankheitsprocesse stehender Thiere*». Такимъ образомъ, при перерѣзкѣ или еще вѣрнѣе при вырѣзкѣ кусочка сѣдалищнаго нерва у морскихъ свинокъ, эти послѣднія получаютъ настолько сильную «подорванность» нервной системы, она отражается на потомствѣ ихъ, спустя даже годы послѣ операціи. Изъ

моихъ опытовъ, о которыхъ рѣчь впереди, видно, что не всѣ изъ оперированныхъ морскихъ свинокъ пріобрѣтаютъ одинаковую способность къ проявленію своей «подорванности» нервной въ формѣ эпилептическихъ припадковъ. Однѣ изъ оперированныхъ свинокъ проявляютъ эпилептическіе припадки въ полной формѣ, но такихъ чрезвычайно мало; меньшая, затѣмъ, половина напоминаетъ тоническія или клиническія судороги и, наконецъ, большая половина остается, повидимому, интактною. Такимъ образомъ, первыя, въ силу тѣхъ или другихъ причинъ, подпали дѣйствию условій, вполне благопріятныхъ для проявленія своей «подорванности» въ формѣ эпилептическихъ припадковъ, вторыя—такъ-же, но въ болѣе или менѣе меньшей степени, и, наконецъ, послѣднія, въ силу тѣхъ или другихъ причинъ, не подпали этимъ условіямъ. Является вопросъ, нельзя-ли тѣмъ или другимъ способомъ создать такія условія, которыя были-бы благопріятны для проявленія этой «подорванности» въ формѣ эпилептическихъ припадковъ? Намъ извѣстно, что звеномъ, связующимъ «подорванность» съ проявленіемъ ея въ формѣ эпилептическихъ припадковъ, служитъ то или другое состояніе вазомоторной нервной системы и, какъ прямое проявленіе его, то или другое распредѣленіе крови въ подорванномъ организмѣ. Такимъ образомъ, весь вопросъ въ данномъ случаѣ сводится къ тому, чтобы тѣмъ или другимъ способомъ поставить вазомоторные центры въ условія, благопріятствующія проявленію нервной «подорванности» въ видѣ эпилептическихъ припадковъ. Въ свинкахъ, оперированныхъ вышеуказаннымъ образомъ, но оставшихся, повидимому, интактными, мы имѣемъ готовый матеріалъ; остается—лишь этотъ матеріалъ поставить въ надлежащія условія.... «Центрофугальная» машина представляетъ эти условія вполне. Что это такъ, доказываетъ съ поразительной наглядностью моими опытами, къ изложенію которыхъ осмѣливаюсь приступить немедленно-же.

Въ началѣ октября 1890 года изъ числа имѣющихся въ моемъ распоряженіи морскихъ свинокъ, я отдѣлилъ 42 совершенно здоровыхъ въ возрастѣ 7—8 мѣсяцевъ, родившихся отъ имѣющихся у меня-же,

раньше не подвергнутыхъ никакимъ опытамъ и вполне здоровыхъ животныхъ. — Родившіяся и родившія находились въ сухомъ, тепломъ и свѣтломъ помѣщеніи; получали обильную пищу, состоявшую изъ свѣжей капусты, моркови и сухого свѣжаго овса. Въ одинъ день всѣмъ 42-мъ свинкамъ была произведена вырѣзка части лѣваго сѣдалищнаго нерва величиной приблизительно въ 0,5 с.; каждый вырѣзанный кусокъ былъ затѣмъ подвергнутъ изслѣдованію подъ микроскопомъ для большей увѣренности въ томъ, что резецированная часть есть нервъ, а не другая какая-либо ткань.

На 5-й день послѣ операціи одна изъ оперированныхъ свинокъ умерла при явленіяхъ сильнѣйшаго воспаленія на мѣстѣ разрѣза; еще черезъ 2 дня умерла другая при тѣхъ-же явленіяхъ. У оставшихся 40 свинокъ процессъ заживленія шелъ весьма успѣшно и уже на 8—12 день съ трудомъ возможно было отличить мѣсто разрѣза. Всѣ 40 свинокъ выглядѣли бодрыми, имѣли прекрасный аппетитъ и вообще ничѣмъ видимымъ не отличались отъ свинокъ не оперированныхъ. На 14-й день послѣ операціи 6 изъ оперированныхъ свинокъ, при ущемленіяхъ пальцами руки *Zone épiléptogène*, сгибали туловище на лѣвую сторону (сторона операціи), приподнимали оперированную лапку и производили ею быстрыя движенія, весьма напоминающія тѣ движенія, которыя морскія свинки и другіе грызуны употребляютъ при почесываніяхъ, причемъ мѣсто почесыванія въ данномъ случаѣ приходилось на такъ называемомъ *Zone épiléptogène*, т. е., главнымъ образомъ у задняго выступа нижней челюсти стороны операціи, а иногда и нѣсколько впереди. Остальные 34 свинки, при ущемленіи указанныхъ мѣстъ и вообще гдѣ либо, издавали лишь пискъ, какъ и не оперированныя свинки. На 16-й день послѣ операціи описанныя явленія у первыхъ 6 значительно усилились и къ нимъ присоединилось скашивание глазъ кнутри и кверху и поворотъ шеи, при ущемленіяхъ *Zone épiléptogène*, въ сторону, противоположную операціи, т. е. въ данномъ случаѣ въ правую. Изъ слѣдующихъ 34 у 12 замѣчены слабыя приподниманія, при ущемленіяхъ *Zone épiléptogène*, оперированной лапки; у 22-хъ остальныхъ—по прежнему никакихъ перемѣнъ. На 18 день изъ первыхъ 6

четыре проявили, при ущемленіяхъ, полную картину тоническихъ и клоническихъ судорогъ, при чемъ каждый приступъ судорогъ продолжался въ среднемъ до 25—30 секундъ съ послѣдующей такъ-же полной «Bewusstlosigkeit» въ продолженіи 5—10"; остальные 2 свинки изъ первыхъ шести—въ прежнемъ состояніи. У всѣхъ слѣдующихъ 12-ти въ общемъ болѣе или менѣе значительное усиленіе выше описанныхъ явленій приподниманія оперированной лапки, сгибанія туловища въ сторону операціи и явленій «почёсыванія»; что-же касается полныхъ клоническихъ и тоническихъ судорогъ, то онѣ не наступали ни при какихъ ущемленіяхъ Zone epileptogène и вообще гдѣ либо. Изъ остальныхъ 22-хъ двѣ присоединились по явленіямъ при ущемленіяхъ къ предшествовавшей группѣ, а 20 остались по прежнему безъ всякихъ перемѣнъ. На 25 день послѣ операціи первыя 6 свинокъ проявили, при ущемленіяхъ Zone epileptogène, полную картину тоническихъ и клоническихъ судорогъ въ мѣняющемся довольно равномерно порядкѣ наступленія ихъ; причемъ припадки эти наступали даже при самыхъ слабыхъ, граничащихъ съ прикосновеніемъ, ущемленіяхъ указанныхъ мѣстъ; но произвольнаго наступленія ихъ не замѣчалось. Слѣдующія (14 и 20) морскія свинки не представляли никакихъ рѣшительно перемѣнъ. На тридцатый день послѣ операціи у первыхъ шести припадки такъ усилились, что, при самыхъ легкихъ ущемленіяхъ Zone epileptogène, наступалъ не одинъ отдѣльный, какъ раньше, приступъ тоническихъ и клоническихъ судорогъ, а цѣлая серия ихъ, доходившая числомъ до 4—7 подрядъ припадковъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга 5—7 секундами состоянія „Bewusstlosigkeit"; въ теченіи этого «Bewusstlosigkeit» свинки оставались неподвижными, съ разслабленными членами, не реагировали на глубокіе уколы иглой и прикосновенія иглы къ слизистой оболочкѣ глазъ, съ сильно бьющимся сердцемъ и остановившимся дыханіемъ. Всѣ остальные (14 и 20) безъ видимыхъ перемѣнъ. Въ послѣдующіе затѣмъ 4 дня первыя шесть свинокъ погибли среди цѣлаго ряда припадковъ, наступавшихъ при самыхъ незначительныхъ прикосновеніяхъ Zone epileptogène къ стѣнкамъ клѣтки, солому, служившей подстилкой въ клѣткѣ, а

часто, по видимому и самопроизвольно. При вскрытіи ихъ у четырехъ оказалась гиперемія головного мозга и мозговыхъ оболочекъ и значительная анемія спинного мозга; у 2-хъ остальныхъ—ничего выдающагося. Остальные свинки по прежнему не представляли никакихъ перемѣнъ.

Стало бытъ, съ нѣкоторой достовѣрностью можно принять, что первыя 6 морскихъ свинокъ, получившія «подорванность» нервной системы въ силу травматическихъ причинъ, подпали, въ силу тѣхъ или другихъ причинъ, подъ условія, вполне благопріятствовавшія проявленію этой «подорванности» въ формѣ эпилептическихъ припадковъ. Слѣдующія 14 свинокъ такъ же, но въ меньшей степени и, наконецъ, послѣднія 20, въ свою очередь такъ-же получившія, въ силу тѣхъ-же причинъ, «подорванность» нервной системы, по тѣмъ или другимъ, неизвѣстнымъ намъ, причинамъ, не подпали подъ условія, благопріятствовавшія проявленію этой «подорванности» въ формѣ эпилептическихъ припадковъ.

Вотъ эти-то послѣднія 20 свинокъ и поставлены были мною, при помощи «центрофугальной» машины, въ условія, способствующія проявленію ихъ «подорванности» въ формѣ эпилептическихъ припадковъ. Онѣ были раздѣлены мною на 2 группы, по 10 въ каждой; одна изъ этихъ группъ назначена была мною для вращеній головой къ периферіи круга, т. е. поставлена была въ условія полученія острой *анеміи* головного мозга; а другая—для вращеній головой къ центру круга, т. е., въ условія полученія острой *гипереміи* головного мозга. Вращеніе указанныхъ свинокъ производилось одинъ разъ въ теченіи 24 часовъ и всегда между 2 и 4 час. дня; для первой группы вращеніе продолжалось одну минуту, для второй  $\frac{1}{2}$ —2 минуты; скорость въ томъ и другомъ случаѣ одна и таже—108 оборотовъ въ минуту при радіусѣ круга въ 30 с. и, стало бытъ, окружности круга въ 188,4 с. Чтобы не повторяться, считаю долгомъ замѣтить, что подъ первой группой я разумѣю тѣхъ свинокъ, которыя назначены мною для вращеній головой къ периферіи круга, а подъ второй тѣхъ, которыя назначены для вращенія головой къ центру круга.



Послѣ 3—4-го сеанса у свинокъ первой группы замѣчены были, при ущемленіи пальцами *Zone épiléptogène*, сгибаніе туловища, почесыванія оперированной лапкой ущемленнаго мѣста и легкое скашивание глазъ въ упомянутомъ выше направленіи. Послѣ 6-го сеанса получились полныя припадки судорожной эпилепсiи; но, чтобы вызвать каждый отдѣльный припадокъ, необходимо было ущемленіе *Zone épiléptogène*. Послѣ 9-го сеанса 2 свинки были сняты съ аппарата мертвыми; остальные 8 погибли въ теченіе послѣдовавшихъ 48 часовъ среди сплошныхъ припадковъ эпилепсiи, наступавшихъ въ большинствѣ случаевъ, повидимому, самопроизвольно. Вскрытіе въ семи случаяхъ дало картину значительной гипереміи головного мозга и мозговыхъ оболочекъ и анемію спинного мозга; сердце содержало незначительное количество жидкости темнаго цвѣта крови; и въ 1 случаѣ—ничего характернаго.

Вторая группа въ тоже время была подвергаема вращенію головой къ центру круга. Послѣ 6-го сеанса одна изъ свинокъ была снята съ аппарата мертвой. Послѣ 9-го сеанса оставшіяся отъ 2-й группы 9 свинокъ представляли слѣдующую картину: онѣ имѣли плохой аппетитъ, большую часть времени сидѣли, закрывъ глаза, съежившись и слегка опустивъ голову, шерсть ихъ казалась не лоснящейся, какъ раньше, а сухой и встрепаной, но ни при какихъ ущемленіяхъ *Zone épiléptogène* или какого-либо другого мѣста они не представляли ни *малѣйшей* *наклонности* къ проявленію въ той или другой, хотя-бы самой легкой формѣ тоническихъ или клоническихъ судорогъ; при ущемленіяхъ онѣ лишь издавали пискъ, какъ это дѣлаютъ обыкновенно и не оперированныя морскія свинки. Послѣ 9-го сеанса изъ 2-й группы были отдѣлены мной 4 свинки и подвергнуты вращенію головой къ периферіи круга, т. е., поставлены въ условія вліянія *анеміи* головного мозга; остальные 5 изъ этой группы оставлены для продолженія вращенія ихъ головой къ центру круга. Время вращенія по прежнему для первыхъ—1 минута, для вторыхъ— $1\frac{1}{2}$ —2 минуты въ каждый сеансъ. Послѣ второго сеанса для первыхъ четырехъ одна изъ нихъ была снята съ аппарата мертвой; послѣ 5-го еще одна; послѣ 6-го сеанса у оставшихся

двухъ свинокъ появились сплошные припадки соматической эпилепсiи, ничѣмъ не отличавшіеся отъ описанныхъ выше. Дальнѣйшему вращенію эти двѣ свинки не подвергались и погибли въ теченіи послѣдовавшихъ 36 часовъ среди припадковъ, доходившихъ до 8—12 въ теченіи часа и наступавшихъ, повидимому, самопроизвольно. Вскрытіе ихъ показало сильнѣйшую гиперемію головного мозга и мозговыхъ оболочекъ и анемію спинного мозга; сердце дрябло, содержитъ самое незначительное количество жидкой, темнаго цвѣта, крови, печень, повидимому, анемична.

Изъ оставшихся 5 свинокъ второй группы, т. е., тѣхъ, которыя подвергались до сихъ поръ вращенію головой къ периферіи круга, одна была снята мертвой послѣ 12-го сеанса, оставшіяся 4 свинки почти совсѣмъ не прикасались съ пищѣ, сидѣли до крайности неподвижными, имѣли встрепанную шерсть, закишія глаза, сидѣли съжившись и опустивъ голову,—таковая картина наблюдалась послѣ 15-го сеанса. Затѣмъ эти свинки подвергнуты были вращенію въ обратномъ положеніи, т. е., головой къ периферіи круга. Послѣ второго сеанса одна изъ нихъ была снята мертвой; послѣ 4-го—еще одна; послѣ 8-го сеанса оставшіяся въ живыхъ 2 свинки представили картину сплошныхъ эпилептическихъ припадковъ, нѣсколько даже болѣе интенсивныхъ, чѣмъ у вышеописанныхъ. Вращеніе было прекращено, а на слѣдующее утро онѣ найдены были въ клѣткѣ мертвыми, охладѣвшими и лежащими на спинѣ съ вытянутыми кверху передними и задними лапками. Время смерти ихъ, естественно, не могло быть опредѣлено съ большей или меньшей точностью. Вскрытіе ихъ не дало ничего характернаго.

Оставшіяся 14 свинокъ, которыя послѣ операціи представляли явленія сгибанія туловища, почесыванія ущемленного Zone epileptogène и легкаго скашиванія глазъ, о чемъ было подробно сказано выше, также были раздѣлены на 2 группы по 7 въ каждой; изъ нихъ первая группа назначена была для вращеній головой къ периферіи круга и вторая—къ центру круга, т. е., первая группа была поставлена въ условія вліянія острой *анеміи* головного мозга и 2-я острой *гипереміи*. Послѣ второго сеанса 2 свинки изъ первой

группы были сняты мертвыми; оставшіяся 5 послѣ 3-го сеанса представили картину сплошныхъ припадковъ соматической эпилепсiи, начинавшихся, повидимому, самопроизвольно, но не у всѣхъ одинаковой частоты и силы. Дальнѣйшее вращеніе ихъ было прекращено. Въ теченіи послѣдовавшихъ затѣмъ 62 часовъ всѣ онѣ умерли среди припадковъ, ничѣмъ существеннымъ не отличавшихся отъ выше упомянутыхъ. Вскрытіе дало у 4-хъ картину гипереміи головного мозга и мозговыхъ оболочекъ неодинаковой интенсивности у асѣхъ и у одной ничего характернаго.

Что касается свинокъ 2-й группы, т. е., тѣхъ, которыя подвергнуты были мною въ этомъ послѣднемъ случаѣ вращенію головой къ центру круга или, иначе говоря, поставлены были въ условія вліянія острой гипереміи головного мозга, то здѣсь замѣчены были многія явленія, которыя требуютъ дальнѣйшихъ тщательныхъ изслѣдованій, и потому говорить о нихъ считаю пока преждевременнымъ.

Приведа въ систему все, сказанное мною выше, осмѣливаюсь прійти къ слѣдующимъ выводамъ:

I. При вращеніи трупа морской свинки головой къ периферіи круга получается *гиперемія* головного мозга, при вращеніи головой къ центру *анемія* его.

II. Кровь трупа морской свинки подчиняется въ этомъ случаѣ простымъ законамъ центробѣжной силы и распредѣляется по этому такъ, какъ всякая жидкость, заключенная въ системѣ эластическихъ трубочекъ и подвергнутая вращенію *en masse*.

III. При вращеніи *живой* морской свинки головой къ периферіи круга получается *анемія* головного мозга; при вращеніи головой къ центру круга — *гиперемія* головного мозга.

IV. Кровь *живой* морской свинки, при вращеніи этой послѣдней, подвергается дѣйствію двухъ, направленныхъ въ противоположныя стороны, силъ, изъ которыхъ одна—есть сила центробѣжности и другая, по всей вѣроятности, есть сила вазомоторныхъ центровъ; кровь животнаго въ этомъ случаѣ распредѣляется несогласуясь съ простыми лишь силами центробѣжности.

V. При вращеніи морскихъ свинокъ, предварительно подвергнутыхъ перерѣзкѣ или вѣрнѣе вырѣзкѣ части

сѣдалищнаго нерва, головой къ периферіи круга получается усиленіе эпилептическихъ припадковъ; а если припадки не наблюдались раньше, то появленіе ихъ. При верченіи свинокъ головой къ центру круга ничего подобнаго не наблюдается.

VI. *Анемія* головного мозга способствуетъ проявленію «подорванности» нервной системы въ формѣ эпилептическихъ припадковъ; *гиперемія* головного мозга этому не способствуетъ.

VII. *Анемія* головного мозга есть у морскихъ свинокъ то звено, которое соединяетъ «подорванность» нервной системы съ проявленіемъ ея въ формѣ эпилептическихъ припадковъ.

Въ заключеніе считаю долгомъ прибавить, что полученные мною результаты и выводы изъ нихъ требуютъ дальнѣйшихъ тщательныхъ наблюденій, къ которымъ я уже и приступилъ и которыми въ слѣдующей своей работѣ надѣюсь подѣлиться съ товарищами, интересующимися этимъ вопросомъ.

---

## Четвертый съезд общества русских врачей.

### Секція нервныхъ и душевныхъ болѣзней.

И. Я. Платоновъ.

Секція нервныхъ и душевныхъ болѣзней имѣла три засѣданія. Первое засѣданіе по отдѣлу нервныхъ болѣзней состоялось 5-го января и открыто было завѣдующимъ отдѣломъ проф. А. Я. Кожевниковымъ, который, послѣ краткой привѣтственной рѣчи, предложилъ въ почетные предсѣдатели проф. И. А. Сикорскаго. Вслѣдъ за симъ приступлено было къ чтенію докладовъ.

В. К. Ротъ: «О патогенезѣ мускульныхъ атрофій». Патогенезъ мышечныхъ атрофій, говоритъ докладчикъ, въ высокой степени интересуетъ нейропатологовъ, изучающихъ его не только на основаніи клиническихъ данныхъ, но и путемъ анатомическихъ и экспериментальныхъ изслѣдованій. Разбирая условія происхожденія аміотрофій, авторъ останавливается на слѣдующихъ: 1) Врожденная недостаточность трофической энергіи въ мышечныхъ волокнахъ, примѣромъ чего, между прочимъ, можетъ служить наследственная мышечная сухотка. 2) Измѣненіе условій количественнаго или качественного питанія мышечныхъ волоконъ—гематогенная аміотрофія—*Atr. exinanitione, marantica, toxica* etc.; сюда же докладчикъ относитъ и аміотрофію вазомоторнаго происхожденія. 3) Нарушеніе мышечной инервации, напр. атрофическій параличъ у дѣтей и взрослыхъ. Аміотрофіи, сопутствующія заболѣваніямъ центральной или периферической нервной системы и не объяснимыя атонической теоріей, въ большинствѣ случаевъ могутъ быть сведены на измѣненную функцію вазомоторовъ. 4) Прекращеніе отпращиваній мышцы, и наконецъ 5) прекращеніе нормальныхъ механическихъ условій существованія мышечныхъ волоконъ. Каждая

категорія этихъ амиотрофій имѣетъ болѣе или менѣе характерныя патолого-анатомическія и клиническія особенности, хотя въ дѣйствительности встрѣчаются обыкновенно комбинированные патогенетическіе моменты, въ виду чего невозможно дать строгую патогенетическую классификацію амиотрофій, а приходится держаться классификаціи этиологической, тѣмъ болѣе, что патогенезъ мышечныхъ атрофій во многихъ случаяхъ остается невыясненнымъ.

*Д-ръ Л. О. Даркшевичъ: «Атрофія мышцъ при страданіи суставовъ».* Мускульная атрофія, развивающаяся вслѣдствіе острого или хроническаго страданія суставовъ, имѣетъ, между прочимъ, ту отличительную особенность, что атрофія развивается быстро, причѣмъ электрическая возбудимость атрофированныхъ мышцъ обыкновенно нормальна и лишь въ отдѣльныхъ случаяхъ существуетъ указаніе на качественныя ея измѣненія. Чувствительность при этомъ всегда сохранена; сухожильные рефлексы повышены. Артропатическая атрофія встрѣчается въ двухъ формахъ, отличныхъ одна отъ другой, какъ съ клинической, такъ и съ патолого-анатомической стороны. Первая, наиболѣе частая, форма характеризуется тѣмъ, что при ней изслѣдованіе электро-возбудимости въ пораженныхъ мышцахъ обыкновенно не обнаруживаетъ ничего ненормальнаго или открываетъ одно простое пониженіе фарадической и гальванической возбудимости; спинной мозгъ и периферическіе нервы остаются безъ глубоко-анатомическихъ измѣненій и атрофія мышцъ имѣетъ характеръ простой атрофіи. Вторая, болѣе рѣдкая, форма сопровождается реакціей перерожденія и ясно выраженными измѣненіями какъ въ клѣточныхъ элементахъ спинного мозга, такъ и въ периферическихъ нервныхъ волокнахъ. Въ разъясненіи патогенеза артропатической амиотрофіи докладчикъ останавливается на теоріи, какъ болѣе удовлетворительной, рефлекторной, по которой чувствительные нервы пораженныхъ суставовъ, подвергаясь раздраженію въ своихъ концевыхъ аппаратахъ, передаютъ его—раздраженіе—въ спинной мозгъ на клѣточки передняго рога и такимъ образомъ вліяютъ на ихъ питательную дѣятельность. При сравнительно кратковременномъ раздраженіи, всѣ измѣненія клѣточекъ ограничиваются лишь моле-

кулярнымъ разстройствамъ, въ противномъ случаѣ измѣненія эти принимаютъ характеръ разрушительный.

**В. А. Муратовъ:** «Къ вопросу о патогеніи мышечныхъ атрофій при заболѣваніи головного мозга». Въ своемъ докладѣ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) При пораженіяхъ головного мозга амиотрофія можетъ развиваться безъ измѣненій въ спинальных гангліяхъ и нисходящій склерозъ пирамиднаго пути не необходимъ для развитія атрофіи. 2) Изъ существующихъ анатомическихъ данныхъ нельзя указать локализациі церебральнаго пораженія, безусловно вызывающей атрофію, хотя въ большинствѣ случаевъ она обуславливается пораженіемъ двигательныхъ центровъ мозговой коры. 3) Съ клинической стороны рассматриваемыя атрофіи дѣлятся на острую и хроническую формы, при чемъ первая излѣчима при условіи излѣчимости основного страданія. 4) Патологоанатомическія измѣненія мышцъ носятъ характеръ простой атрофіи. 5) Патогенезъ церебральной амиотрофіи не можетъ быть вполне объясненъ теоріей анатомическаго или динамическаго измѣненія клѣтокъ передняго рога; до извѣстной степени её можно объяснить, придавъ ей вазомоторное происхождение.

**В. К. Ротъ сдѣлалъ второе сообщеніе:** «О патогеніи мышечной сухотки (*Atrophia musculorum progressiva*)». Въ этомъ докладѣ авторъ приходитъ къ выводамъ слѣдующаго содержанія: 1) Не подлежитъ сомнѣнію, что существуетъ прогрессивная атрофія мускуловъ, независящая отъ заболѣванія нервной системы. 2) Основныя измѣненія мышечныхъ волоконъ при этой болѣзни сводятся къ продольной и поперечной атрофіи ихъ. 3) Гипертрофія мышечныхъ волоконъ составляетъ побочное компенсаторное явленіе и не имѣетъ прямого отношенія къ болѣзненному процессу. 4) Введенное Эрбомъ названіе болѣзни—*distrophia muscularis*—не оправдывается сравнительнымъ изученіемъ свойственныхъ имъ и другимъ прогрессивнымъ амиотрофіямъ анатомическихъ измѣненій. 5) Анализъ клиническихъ особенностей мышечной сухотки въ связи съ наблюдаемыми при ней анатомическими измѣненіями и единственно доказаннымъ этиологическимъ моментомъ—наслѣдственностью, приводитъ къ заключенію, что пер-

вую причину болѣзни надо искать въ измѣненіяхъ тѣхъ частицъ коріоплазмы зародышевой клѣтки, которыя служатъ источникомъ развитія мышечной системы больного.

*Пр. А. Я. Кожевниковъ сообщилъ: «Объ алкогольномъ параличѣ».* Клиническая картина этого страданія, говоритъ докладчикъ, характеризуется не только двигательными расстройствами, но и психическими: потемненіе сознанія и рѣзкое ослабленіе памяти, причемъ двигательныя расстройства рѣзче всего выражены въ нижнихъ конечностяхъ и, развиваясь постепенно, носятъ характеръ периферическій. Анатомическія измѣненія нервной системы при алкогольномъ параличѣ встрѣчаются въ головномъ мозгу, въ спинномъ и въ периферическихъ нервахъ; болѣе глубокія измѣненія наблюдаются въ периферическихъ нервахъ въ формѣ паренхиматознаго множественнаго нейрита: измѣненія же спинного мозга бываютъ не всегда и въ разныхъ случаяхъ носятъ различный характеръ: въ однихъ случаяхъ онѣ состоятъ въ вакуализаціи клѣтокъ, разбуханіи осевыхъ цилиндровъ, въ другихъ сводятся къ разлитому міэлиту. Въ головномъ мозгу наблюдаются измѣненія чаще всего такія, какъ при хроническомъ алкоголизмѣ. Патологическія измѣненія периферическихъ нервовъ, спинного и головного мозга представляютъ явленія независимыя другъ отъ друга. Анатомическимъ субстратомъ алкогольнаго паралича служитъ множественный нейритъ, отъ степени развитія и распространенія котораго зависитъ степень болѣзни и ея опасность.—При обсужденіи доклада проф. привилъ, что въ происхожденіи алкогольныхъ нейритовъ интоксикація алкоголемъ занимаетъ главное мѣсто; между его больными были лица различныхъ сословій и положеній, при чемъ алкоголики нищіе, конечно, болѣе другихъ подвергающіеся различнымъ вреднымъ условіямъ, въ томъ числѣ и простудѣ, не дѣвали наибольшаго процента заболѣваемости алкогольнымъ нейритомъ.

Во второмъ засѣданіи *С. С. Корсаковъ сдѣлалъ докладъ: «Къ вопросу объ острыхъ формахъ умополѣшательства».*

*В. П. Сербскій сообщилъ: «Объ острыхъ формахъ умополѣшательства».* Оба эти доклада реферированы отдѣльно въ этой же книгѣ Архива.



**Б. С. Грейденбергъ прочиталъ докладъ: «О возвратномъ типѣ теченія нѣкоторыхъ формъ острого помѣшательства».** Докладчикъ въ теченіи 3-хъ лѣтъ при 300 случаяхъ острого помѣшательства наблюдалъ 7 такихъ, гдѣ психозъ представлялъ возвратный типъ, т. е. въ своемъ теченіи имѣлъ нѣсколько отдѣльных приступовъ, раздѣленныхъ нормальными или почти нормальными промежутками, которые не носятъ характера обыкновенныхъ послабленій, а представляютъ собой совершенно нормальные, свободные отъ всякихъ психопатологическихъ явленій періоды. Сила и напряженность отдѣльных приступовъ бываютъ то одинаковыя, то убывающія. Такой типъ теченія докладчикъ наблюдалъ чаще всего при острой маніи и остромъ первичномъ сумасшествіи. Но есть ли это только извѣстная клиническая особенность основной картины этихъ психозовъ, или оно даетъ право установить, какъ особый видъ, возвратныя формы ихъ—манія рециdens s. раgapoja рециdens—авторъ не рѣшается высказать что-либо определенное. Патогномоническихъ признаковъ, для распознаванія этихъ формъ психоза, докладчикъ не указываетъ, хотя, по его наблюденію, онѣ несомнѣнно разнятся отъ перемежающихся формъ тѣхъ же психозовъ. Продолжительность ихъ въ общемъ короче обыкновенныхъ формъ острого помѣшательства. Исходъ почти всегда въ выздоровленіе. Наслѣдственность необязательна.

**С. А. Бѣляковъ: «О вліяніи заболѣванія органа слуха на развитіе и теченіе душевныхъ болѣзней».** Докладчикъ, на основаніи произведенныхъ имъ наблюденій надъ душевно-больными съ гнойнымъ воспаленіемъ средняго и внутренняго уха, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Пораженіе органа слуха нерѣдко служитъ этиологическимъ моментомъ для развитія психическихъ расстройствъ. 2) Одностороннія галлюцинаціи слуха чаще всего составляютъ результатъ раздраженія периферическаго слухового пути. 3) При осложненіи душевнаго расстройства заболѣваніемъ средняго или внутренняго уха, возникновеніе обмановъ чувствъ наблюдается только у тѣхъ больныхъ, психическая дѣятельность и апперцепція которыхъ еще не угасла. Апатичные слабоумные не реагируютъ на раздраженіе перифе-

рическаго чувствннаго пути. 4) Характеръ слуховыхъ иллюзій и галлюцинацій периферическаго происхожденія до извѣстной степени служитъ отпечаткомъ само-чувствія душевно-больныхъ. 5) Прокурсивная эпилепсія можетъ быть въ зависимости отъ пораженія лабиринта. 6) Раздраженіе органа слуха воспалительными продуктами можетъ вызвать картину псевдопаралитическаго помѣшательства.

*Проф. И. А. Сикорскій* сообщилъ: «О явленіяхъ гемипарезовъ при эпилепсіи». Наблюдая цѣлый рядъ эпилептиковъ, проф. въ 60—75% этихъ больныхъ находилъ ослабленіе движенія на одной  $\frac{1}{2}$  лица—*hemiparesis faciei*, при чемъ гемипарезъ этотъ характеризуется главнымъ образомъ большимъ открытіемъ глазной щели и меньшимъ расширеніемъ носовой щели той же стороны. При произвольныхъ мимическихъ движеніяхъ (плачь и смѣхъ) сокращенія больше всего выражаются на парезованной сторонѣ; на этой же половинѣ рѣже всего выражаются и судорги во время припадковъ эпилепсіи. Ввиду того, что докладчику приходилось наблюдать этотъ симптомъ довольно часто, онъ, не придавая ему характера патогномоничности, обращаетъ вниманіе членовъ секціи на *hemiparesis faciei*, какъ на симптомъ, могущій быть подспорьемъ, на ряду со многими другими симптомами, при дифференціальномъ діагнозѣ эпилепсіи.

*О. А. Саввей-Могилевичъ* прочиталъ докладъ: «Почему и когда нужно помѣщать психически больныхъ въ психіатрическія больницы. Режимъ этихъ больныхъ». Выводы доклада слѣдующіе: 1) На какихъ основаніяхъ и когда нужно помѣщать психически больныхъ въ лечебницы, рѣшать должны исключительно только врачи-психіатры. 2) Психически больныхъ помѣщать нужно потому, что они въ лечебницѣ прямо становятся подъ наблюденіе врачей-специалистовъ и находятъ режимъ и леченіе соотвѣтственно требованіямъ спеціальной гигиены и терапіи. 3) Время помѣщенія больного опредѣляется въ каждомъ данномъ случаѣ *in concreto*, и, конечно, рѣшительный голосъ принадлежитъ только психіатру. 4) Лечебница должна быть устроена согласно требованіямъ спеціальнаго ре-

жима и при размѣщеніи больныхъ долженъ осуществиться принципъ всевозможной индивидуализаціи.

Въ третьемъ засѣданіи сдѣлалъ сообщеніе *Л. С. Миноръ*: «*Къ ученію о симметрическихъ и псевдосистемныхъ заболѣваніяхъ спинного мозга*». Въ своемъ докладѣ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) однимъ изъ характерныхъ признаковъ системнаго спинно-мозгового пораженія считается симметричность пораженія, особенно, когда оно локализируется въ характерныхъ для извѣстныхъ системъ мѣстахъ. 2) Этотъ признакъ нельзя однако считать абсолютнымъ, такъ какъ и простые менингиты и периваскулярные процессы, слѣдовательно, такіе, которые относятся къ диффузнымъ заболѣваніямъ, обладаютъ тоже склонностью не только локализоваться въ тѣхъ мѣстахъ, въ которыхъ развиваются системныя пораженія, т. е. въ задней половинѣ спинного мозга, но и часто склонностью располагаться отдѣльными симметрическими очагами. 3) Эти очаги занимаютъ часто въ боковыхъ столбахъ очень небольшое протяженіе по длинѣ спинного мозга и даютъ тогда отъ себя нисходящія дегенераціи по пирамиднымъ путямъ, которыя могутъ легко быть приняты за первичные склерозы. 4) Въ заднихъ столбахъ эти очаги образуютъ иногда столь сходныя съ нѣкоторыми табетическими дегенераціями фигуры, что легко могутъ быть смѣшаны съ истинной *tabes*. 5) Такъ какъ такіе симметрические склерозы особенно часты, повидимому, при сифилисѣ нервной системы и такъ какъ при послѣднемъ страданіи возможны глазные симптомы, какъ самостоятельное явленіе, то невольно является мысль о возможности существованія у бывшихъ сифилитиковъ сходныхъ съ *tabes* симптомо-комплексовъ, гдѣ пораженіе спинного мозга не первичное паренхиматозное, а только симметрическое, периваскулярное. 6) При сифилисѣ нервной системы могутъ наблюдаться дегенеративные нейриты, совершенно сходные съ токсическими заболѣваніями нервной системы. 7) Менингитъ сифилитическій, а можетъ и всякій, оказываетъ, повидимому, громадное вліяніе на питаніе спинного мозга не только путемъ распространенія процесса на спинную субстанцію мозга, но и путемъ чисто механическихъ дефор-

мацій его. 8) Деформація можетъ въ болѣе тонкихъ и свободныхъ мѣстахъ спинного мозга, напр. въ области Conus medularis, довести до полного перегиба по его длинной оси, симулируя такимъ образомъ рѣдкую аномалію спинного мозга—его раздвоеніе.

Г. И. Россолито сообщилъ: «О физиологіи и патологіи анальнаго рефлекса». При прикосновеніи къ кожѣ и слизистой оболочкѣ задняго прохода, говоритъ докладчикъ, у здороваго человѣка наблюдается рефлекторное сокращеніе m. sphincteris ani; при рѣзко выраженномъ анальномъ рефлексѣ обыкновенно наблюдается поднятіе ani. Анатомическій центръ анальнаго рефлекса авторъ опредѣляетъ въ нижнемъ отдѣлѣ поясничнаго утолщенія спинного мозга. Экспериментируя на собакѣ, онъ замѣтилъ, что при высокой перерѣзкѣ спинного мозга анальный рефлексъ повышается, при разрушеніи спинного мозга на уровнѣ III крестоваго корешка и при перерѣзкѣ съ обѣихъ сторонъ IV задняго крестоваго корешка онъ исчезаетъ. При наблюденіяхъ надъ больными авторъ наблюдалъ отсутствіе и въ значительной мѣрѣ пониженіе анальнаго рефлекса въ многихъ случаяхъ tabes, въ нѣкоторыхъ случаяхъ множественнаго неврита и neuritis n. ishiadici, а также при міэлитахъ съ пораженіемъ нижнихъ отдѣловъ поясничнаго утолщенія спинного мозга; между тѣмъ, при высокомъ поперечномъ пораженіи спинного мозга и у неврастениковъ съ повышеніемъ всѣхъ кожно-мышечныхъ рефлексовъ наблюдалось повышение анальнаго рефлекса. На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ, докладчикъ приходитъ между прочимъ къ заключенію, что состояніе анальнаго рефлекса въ ряду другихъ симптомовъ можетъ оказать извѣстную услугу при дифференціальномъ діагнозѣ между анатомическимъ и функциональнымъ страданіемъ нервной системы и при локализациі патологическаго процесса въ томъ или другомъ отдѣлѣ нервной системы.

А. А. Токарскій прочелъ положенія своего доклада «терапевтическое примѣненіе гипнотизма». Докладъ этотъ подробно реферированъ во 2-й книгѣ этого тома «Архива».

## Библиографія.

**Проф. В. Ф. Чижъ, Нравственность душевно-больныхъ, 1891.**

Исходя изъ того положенія, что чѣмъ здоровѣе нервная система человѣка, тѣмъ болѣе обширна и интенсивна будетъ его дѣятельность, авторъ приходитъ къ выводу, что первымъ проявленіемъ душевнаго заболѣванія, первый признакъ пораженія центральной нервной системы будетъ выражаться разрушеніемъ и уничтоженіемъ нравственности у даннаго человѣка. Не понимая добра и зла, больной не можетъ руководствоваться мотивами долга, а лишь мотивами удовольствія, — онъ не будетъ понимать необходимости убѣжать и любить ближнихъ. Затѣмъ болѣзнь нервной системы ведетъ къ ослабленію и полной уtratѣ симпатіи къ ближнимъ, — всѣ помыслы и поступки больного направлены къ достиженію собственныхъ наслажденій. Наконецъ, болѣзнь нервной системы ведетъ къ ослабленію воли, почему больной и не можетъ руководствоваться мотивами собственной пользы, даже если онъ разумно понимаетъ свои интересы. Нравственность есть самое послѣднее, сложное, высшее проявленіе нашей души, а также и нервной системы, — только при совершенно здоровой нервной системѣ человѣкъ можетъ быть нравственнымъ. Нравственное совершенство «я», еще болѣе, чѣмъ умственное, возможно только при исполнѣ здоровой нервной системѣ.

*К. Н. Ковалевская.*

**Д-ръ С. С. Корсаковъ, Къ вопросу объ острыхъ формахъ умопомѣшательства. Мед. Обозрѣніе, № 3-й, 1891.**

Вопросъ объ острыхъ формахъ умопомѣшательства, говоритъ почтенный авторъ, вызываетъ всеобщее вниманіе; и хотя въ послѣднее время появилось у насъ и за границей довольно много солидныхъ работъ по этому вопросу, тѣмъ не менѣе онъ во многихъ частностяхъ остается еще далеко неразработаннымъ. Для современной психіатріи является существенно важнымъ установить надлежащія границы между формами, описываемыми подъ названіемъ остраго умопомѣшательства или спутанности и другими типами психозовъ: манія, первичное помѣшательство, меланхолія. Касаясь исто-

рической части этого вопроса, авторъ, между прочимъ, совершенно соглашается съ Мейнертомъ, что *dementia curabilis* Краффтъ-Эбинга и *psychoneurosis hallucinatoria* должны быть соединены въ одну группу; относительно же причисленія Мейнертомъ къ *Amentia*, какъ къ отдѣльной болѣзни, всѣхъ тѣхъ состояній, которыя онъ описываетъ подъ этимъ названіемъ (*Epilepsia petil-mal*, *delirium tremens potat.* и друг.), а равно и относительно правильности выбора самаго термина «*Amentia*»,—онъ сомнѣвается. Съ своей стороны онъ предлагаетъ замѣнить терминъ «*Amentia*» названіемъ «*Dysnoia*», указывающимъ на болѣе или менѣе глубокое затрудненіе мышленія и на спутанность представленій. Охарактеризовавъ въ общихъ чертахъ клиническую картину безумія, авторъ переходитъ къ разсмотрѣнію слѣдующихъ отдѣльных ея формъ, которыя онъ получаетъ, принимая въ расчетъ теченіе и проявленія болѣзни. 1) Ступорозное безуміе (*Dysnoia stuporosa*). Сюда авторъ относитъ случаи, гдѣ, вслѣдъ за первымъ приступомъ спутанности, безуміе переходитъ въ длительный ступоръ. 2) Бредовое безуміе (*Dysnoia deliriosa*) характеризуется, на ряду съ подавленнымъ сознаниемъ, прекращеніемъ психической реакціи, беспорядочностью въ сочетаніи идей, подчасъ связанныхъ съ иллюзіями и галлюцинаціями. Въ однихъ случаяхъ этой формы бываетъ типическое бредовое безуміе (*dysnoia deliriosa typica*), гдѣ на первомъ планѣ бываетъ крайняя запутанность сознанія съ бурной реакціей и со взрывами аффектовъ; случаи эти или скоро кончаются выздоровленіемъ, или затягиваются на 6—12 мѣсяцевъ и не всегда съ исходомъ въ выздоровленіе; въ другихъ случаяхъ этой формы къ начальнымъ явленіямъ бредоваго безумія скоро присоединяются признаки маниакальнаго состоянія. Эту форму авторъ называетъ *Dysnoia deliriosa maniacalis*; она черезъ 5—4 мѣсяцевъ кончается выздоровленіемъ. Въ третьихъ случаяхъ бредоваго безумія въ содержаніи бреда замѣтно преобладаніе идей непріятнаго содержанія: страхъ, ужасъ, тоска, при чемъ нерѣдко послѣ первыхъ дней такого состоянія наступаетъ длительный ступоръ. Эту форму авторъ называетъ *Dysnoia deliriosa melancholica*. Наконецъ авторъ наблюдалъ такіе случаи бредоваго безумія, гдѣ въ теченіи болѣзни были значительные промежутки между отдѣльными приступами депрессіи и возбужденія: *dysnoia intermittens s. circularis*. 3) Слабоумное безуміе — *dysnoia dementica* характеризуется не столько

помраченіємъ сознанія, сколько частичными дефектами въ интеллектуальной дѣятельности. Кромѣ этихъ трехъ формъ авторъ допускаетъ существованіе еще абортивныхъ формъ безумія, куда онъ относитъ такіе случаи, гдѣ дѣло ограничивается лишь явленіями продромальнаго періода безумія и болѣзнь какъ бы стоитъ на порогѣ умопомѣшательства. Подобные случаи автору приходилось наблюдать у людей невронатичныхъ послѣ утомленія, острыхъ болѣзней, родовъ, выкидышей и т. п. Отъ безумія авторъ отдѣляетъ такіе случаи остраго умопомѣшательства, которые по симптомо-комплексу, хотя и походятъ на *paranoïa* въ общепринятомъ смыслѣ этого слова, но отличаются отъ нея довольно быстрыми началами и исходами въ выздоровленіе. Изъ относящихся сюда случаевъ онъ выдѣляетъ, *paranoïa hyperphantatica*, т. е. такіе случаи, которые относятся къ типу съ преобладаніемъ болѣзненно усиленной дѣятельности фантазій, при чемъ содержаніе бреда бываетъ то депрессивное, то экспансивное; 2) *paranoïa neuralgica-parasthetica*, куда онъ относитъ случаи съ преобладаніемъ бредовыхъ идей, связанныхъ съ разстройствомъ чувствительности. Къ группѣ острыхъ формъ умопомѣшательства авторъ относитъ *Dementia grima* и *Delirium acutum*, хотя рѣшительнаго мнѣнія относительно мѣста ихъ въ классификаціи онъ не высказываетъ. Помимо острыхъ формъ безумія и острой паранойи, онъ допускаетъ еще переходныя формы между ними. Въ заключеніе, касаясь патогенеза острыхъ формъ умопомѣшательства, авторъ допускаетъ, что острое безуміе обусловливается интоксикаціей организма, при чемъ наиболѣе пораженными органами являются тѣ части нервной системы, которыя имѣютъ ближайшее отношеніе къ психической дѣятельности.

*И. Я. Платоновъ.*

Проф. Я. А. Анфимовъ, Современные способы измѣренія электрическихъ токовъ при клиническихъ изслѣдованіяхъ реакціи нервно-мышечнаго аппарата, 1890.

Вышеназванная брошюрка составляетъ вступительную лекцію автора, читанную имъ въ конференціи Медицинской академіи. Авторъ прежде всего опровергаетъ неправильный и вмѣстѣ общераспространенный взглядъ, что примѣненіе электричества при изслѣдованіи и леченіи у кровати больного не имѣетъ точныхъ показаній за отсутствіемъ точной градуировки электричества. Авторъ вполне основательно

опровергаетъ этотъ взглядъ и фактически указываетъ на удовлетворительную точность приложенія особенно постоянного и фарадическаго тока. Изложеніе предмета у автора очень ясное и основательное.

*Н. И. Мудинъ.*

**Д-ръ В. П. Сербскій, Объ острыхъ формахъ помѣшательства.**  
Мед. Обзорѣніе. 1891.

Существенную часть этой работы составляетъ выясненіе необходимости раздѣленія двухъ формъ остраго умопомѣшательства: *Amentia acuta* и *paranoia acuta*. На основаніи лич- ныхъ наблюденій и сопоставленія литературныхъ данныхъ, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. 1) Острыя формы умопомѣшательства, помимо выдѣленной уже раньше формы остраго слабоумія, распадаются на двѣ большія группы: въ одной изъ нихъ превалирующими симптомами являются расстройства въ области сознанія—это острая спутанность *Amentia acuta*; въ другой на первомъ планѣ стоятъ расстройства интеллектуальной сферы—острое помѣшательство *paranoia acuta*. Первая форма, по мнѣнію автора, имѣетъ настолько характерные и общіе для всѣхъ случаевъ симптомы, что ее легко отличить отъ всѣхъ остальныхъ формъ душевнаго расстройства. Симптомы эти слѣдующіе: 1) Спутанность сознанія, невозможность ориентироваться въ окружающемъ и въ своихъ собственныхъ представленіяхъ, при чемъ галлюцинаціи необязательны и если онѣ являются, то какъ результатъ расстройства сознанія; 2) Присутствіе аффективнаго состоянія или во все время теченія болѣзни или въ извѣстныхъ фазахъ ея развитія, при чемъ состояніе это не имѣетъ одного опредѣленнаго характера, какъ при мани или меланхоліи, а представляетъ быструю калейдоскопическую смѣну самыхъ разнообразныхъ аффектовъ. Измѣненіе настроенія при этой формѣ авторъ, согласно мнѣнію Мей- нерта считаетъ первичнымъ явленіемъ—вазомоторнаго происхожденія, и, наконецъ, 3) настолько глубокое расстройство ассоціацій, что на высокой степени своего развитія представляетъ гораздо сильнѣйшее расстройство умственной дѣятельности, слабоуміе, — откуда и названіе: *Amentia*. Помимо перечисленныхъ симптомовъ, въ теченіи острой спутанности могутъ наблюдаться самыя разнообразныя расстройства какъ психическія, такъ и соматическія; но они непостоянны и нехарактерны. Въ теченіи острой спутанности въ большинствѣ случаевъ наблюдается послѣдовательная



смысла нѣсколькихъ рѣзко отличающихся періодовъ развитія. Смысла отдѣльныхъ періодовъ при этомъ представляетъ многочисленныя варіаціи, которыя, быть можетъ, дадутъ возможность установить вѣдствіи нѣсколько типовъ острой спутанности. Но авторъ относитъ острую спутанность къ психонейрозамъ, хотя не отрицаетъ возможности ея развитія и у дегенератовъ; наиболѣе благопріятными моментами являются истощающія вліянія и острые инфекціонныя болѣзни; а многіе случаи даютъ право предполагать отравленіе веществами, поступающими извнѣ, или развивающимися въ самомъ организмѣ. Переходи къ разсмотрѣнію остраго помѣшательства (рагапоја асита), авторъ говоритъ, что форма эта находится въ гораздо болѣе тѣсной связи съ хроническимъ помѣшательствомъ; она характеризуется 1) сравнительною ясностью сознанія, 2) подострымъ развитіемъ ясно выраженныхъ бредовыхъ идей, никогда не слагающихся въ стройную систему, хотя нерѣдко обнаруживающихъ наклонность къ систематизаціи 3) одновременнымъ существованіемъ какого либо одного аффективнаго состоянія съ характеромъ угнетенія или повышеннаго самочувствія; соотвѣтственно чему можно различать двѣ главныя формы остраго помѣшательства: депрессивную и экспансивную. Теченіе остраго помѣшательства, въ противоположность острой спутанности, отличается большимъ однообразіемъ и не представляетъ рѣзкой смены различныхъ формъ развитія. Болѣзнь представляетъ большую наклонность къ повторенію и развивается главнымъ образомъ у лицъ съ значительнымъ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ.

*И. Я. Платоновъ.*

**Др. В. П. Кузнецовъ, Къ вопросу о выздоровленіи отъ прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ. Врачъ, № 10, 1891 г.**

Вопросъ о возможности выздоровленія отъ прогрессивнаго паралича остается пока открытымъ. Въ то время какъ одни смотрятъ на выздоровленіе отъ этой болѣзни съ большимъ скептицизмомъ, другіе относятся къ этому съ гораздо большимъ довѣріемъ. Съ своей стороны авторъ приводитъ слѣдующій случай выздоровленія отъ прогрессивнаго паралича. Больной инженеръ технологъ, 43-хъ лѣтъ, безъ наслѣдственнаго предрасположенія. За годъ до поступленія въ больницу онъ сталъ обнаруживать перемѣну въ характерѣ и неаккуратность въ веденіи дѣлъ. Постепенно развилось безпокойное состояніе: плохо спать, портилъ вещи, постоянно говорилъ

о своих фантастических прозѣтахъ, порывался нѣкоторые изъ нихъ приводить въ исполненіе. Наконецъ безпокойство усилилось и больной въ декабрѣ 1881 года помѣщенъ въ психіатрическую больницу. Въ больницѣ найдено слѣдующее: крѣпкаго и правильнаго тѣлосложенія, мышечный и подкожный слой хорошо развиты; правый зрачекъ по временамъ шире лѣваго. Въ рукахъ дрожаніе. Колѣнные сухожильные рефлексъ усилены. Сонъ безпокойный. Походка разстроена: ступаетъ не твердо, не увѣренно. Затрудненіе при выговариваньи нѣкоторыхъ словъ, иногда пропускъ слоговъ и спотыканіе на словахъ. Сознаніе разстроено: больной не понимаетъ своего состоянія, не сознаетъ, гдѣ и зачѣмъ онъ находится, ошибается относительно времени и т. п. Память ослаблена: недавнихъ и только что происшедшихъ обстоятельствъ не помнитъ почти вовсе. Говорить о своихъ богатствахъ, геніальности, планахъ и предпріятіяхъ, для скорѣйшаго выполненія которыхъ проситъ отпустить его къ Государю и министрамъ,—словомъ, обнаруживалъ бредъ съ идеями грандіознаго свойства. Находясь въ больницѣ, больной былъ большею частію въ возбужденномъ состояніи. Къ концу мѣсяца безпокойство усилилось; сонъ сдѣлался хуже, больной по временамъ раздѣвался, кричалъ, увѣряя, что онъ скрываетъ солдатъ; былъ неопрятенъ, пачкался испражненіями, которыя считалъ за золото. Конечности холодны, ціанотичны, въ ногахъ отеки. Въ февралѣ на лѣвомъ ухѣ образовалась отематома. Въ началѣ марта на правой голени образовалось кожное воспаление кости отъ ступни до колѣна; больной лихорадилъ. Въ апрѣлѣ больной сдѣлался покойнѣй; отеки ноги исчезли; сонъ лучше; къ своему положенію относился равнодушно; бредъ величія продолжалъ высказывать по прежнему. Ночное возбужденное состояніе совсѣмъ прошло; бредъ величія высказывалъ только по временамъ; наконецъ, совсѣмъ пересталъ объ этомъ говорить; къ окружающему относился сознательно; рассуждалъ вполне вѣрно. Въ концѣ іюля больной выписанъ изъ заведенія. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ этого авторъ, при свиданіи съ больнымъ, не замѣтилъ въ немъ ничего ненормальнаго и, по заявленію жены больного, онъ сдѣлался такимъ, какимъ былъ до болѣзни. Спустя нѣкоторое время больной поступилъ на службу по своей спеціальности и съ успѣхомъ исполняетъ свои довольно трудныя обязанности. Прошло уже 5½ лѣтъ послѣ поправленія больного.

Въ заключеніи своемъ авторъ высказываетъ, что количество выздоровленія отъ прогрессивнаго паралича значительно увеличится, если болѣзнь эта будетъ своевременно распознаваться и соотвѣтственно своевременно будетъ примѣнена надлежащая терапія: чѣмъ раньше распознается прогрессивный параличъ и будутъ приняты мѣры къ удаленію больного изъ окружающей обстановки, для соотвѣтственнаго леченія, тѣмъ больше шансовъ на выздоровленіе. Согласно Gauster'у авторъ думаетъ, что при большемъ ознакомленіи всѣхъ врачей съ психіатріей и случаи выздоровленія отъ прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ будутъ встрѣчаться чаще, чѣмъ теперь.—(Къ сожалѣнію авторъ, въ приведенномъ имъ случаѣ, не указываетъ ни этиологическихъ моментовъ, ни методовъ леченія его больного). *И. Я. Платоновъ.*

**Prof. Bianchi.** Къ ученію о треморѣ при прогрессивномъ параличѣ. *Contribuzione alla nozione Semiotica del tremore della paralisi progressiva.* 1889 года.

Благодаря изслѣдованіямъ Charcot, Eulenburg'a, Brouardel'a, Marey'a, Gowers'a и другихъ, мы имѣемъ очень точныя свѣдѣнія о характерѣ различныхъ видовъ тремора. Осцилляторный и вибраторный виды тремора, число колебаній въ единицу времени, равенство и неравенство ихъ, ритмъ, отношеніе тремора къ произвольнымъ движеніямъ настолько характерны, что въ большинствѣ случаевъ мы можемъ безъ труда отличить треморъ трясучаго паралича отъ тремора разсѣяннаго склероза, или Базедовой болѣзни, алкоголизма, и т. д. Менѣе изслѣдованъ треморъ прогрессивнаго паралича. Недавно Preston утверждалъ, что въ первомъ періодѣ прогрессивнаго паралича треморъ ограничивается мускулами лица и языка и единственнымъ характернымъ для него признакомъ считалъ пораженіе имъ мышцъ, участвующихъ въ артикуляціи рѣчи. Авторъ считаетъ это мнѣніе неточнымъ и основаннымъ на недостаточности наблюденій. Треморъ прогрессивнаго паралича имѣетъ много общаго съ другими видами тремора. Такъ, онъ вначалѣ часто бываетъ вибраторнымъ, а затѣмъ, при развитіи болѣзни, становится осцилляторнымъ; вначалѣ можетъ совершенно исчезать при покоѣ, а въ дальнѣйшемъ теченіи въ спокойномъ состояніи онъ только уменьшается. Треморъ прогрессивныхъ паралитиковъ бываетъ не такъ ограниченъ, какъ полагаетъ Preston, потому что болѣе чѣмъ въ двухъ третяхъ случаевъ въ немъ принимаютъ

участіе руки, нерѣдко онъ бываетъ даже болѣе замѣтенъ на другихъ членахъ, чѣмъ на лицѣ и мускулатурѣ рѣчи. Въ треморѣ прогрессивнаго паралича преобладаютъ слѣдующіе отличительные симптомы: 1) Въ началѣ паралитической деменціи треморъ больше осцилляторенъ, чѣмъ вибраторенъ, но иногда, на короткое время и безъ видимой причины, онъ можетъ дѣлаться вибраторнымъ или, по крайней мѣрѣ, представлять меньшія и болѣе равномерныя колебанія; 2) Колебанія этого тремора аритмичны, т. е. не совершаются чрезъ равномерныя промежутки времени; въ среднемъ приходится 4—5 колебаній въ секунду; 3) Они не равномерны и эта неравномерность характерна для прогрессивнаго паралича тремора: между мелкими волнами безъ видимой причины встрѣчаются гораздо большія; 4) Треморъ прогрессивнаго паралича является при произвольныхъ движеніяхъ и исчезаетъ почти совершенно при покоѣ; 5) Но иногда въ состояніи покоя являются маленькія (фибрилярныя) подергиванія, видимыя частью простымъ глазомъ, частью лишь при помощи міографа; 6) Нерѣдко начало произвольнаго движенія отмѣчается рядомъ очень большихъ конвульсивныхъ волнъ, послѣ котораго колебанія становились постепенно все меньше и равномернѣе и еще при продолжающемся мышечномъ сокращеніи принимаютъ свой прежній характеръ; 7) Всякое, но особенно сильное произвольное движеніе другого члена, а также рѣчь, увеличиваютъ треморъ въ изслѣдуемомъ членѣ, остающемся въ покоѣ; 8) Напряженіе усиливаетъ треморъ иногда до степени конвульсій; 9) Паралитикъ очень рѣдко можетъ скрыть свой треморъ даже вначалѣ, когда онъ для доказательства полного своего благосостоянія всѣми силами старается скрыть его отъ наблюдающаго врача; 10) Послѣ повторенныхъ напряженій изслѣдуемаго члена или какого либо другого наступаетъ періодъ усталости, во время котораго треморъ продолжается и въ покоѣ; затѣмъ онъ дѣлается вибраторнымъ и наконецъ исчезаетъ. Эти положенія авторъ подтверждаетъ девятью кривыми, полученными имъ при изслѣдованіи различныхъ прогрессивныхъ паралитиковъ съ помощью міографа Магеу'а. На основаніи вышеизложеннаго авторъ предполагаетъ, что треморъ прогрессивнаго паралича не только обладаетъ характерными свойствами, но и представляетъ большой интересъ для семеотики и этиологіи этой болѣзни, потому что характеръ разстройства элементарныхъ моторныхъ явленій.

выясняемый при помощи кривых тремора, указывает на неправильное распределение нервной энергии между лишенными правильной взаимной связи кортикальными нервными центрами и таким образом эти кривые подтверждают принятую основную идею о патогенезе прогрессивного паралича.

*П. И. Ковалевскій.*

**Prof. Bianchi, Психологія въ отношеніи къ послѣднимъ даннымъ физиологіи мозга (La psicologia in rapporto alle ultime posizioni di fisiologia del cervello, 1891 г).**

Путемъ многочисленныхъ экспериментовъ (частичное отнятіе корки мозга) надъ собаками и обезьянами, В. пытался установить, что при двухстороннемъ отнятіи корки лобной доли (lob. frontal. resp. praefrontal.) наступаетъ ослабленіе или уничтоженіе интеллекта въ извѣстныхъ направленіяхъ; такъ, напримѣръ, пропадаетъ память, вниманіе, разумъ, инициатива, при чемъ послѣ такого нарушенія интеллекта не узнаются болѣе мѣста и лица и т. д. Одностороннее отнятіе мозговой корки въ области лобной доли не сопровождается ни ослабленіемъ интеллекта, ни какими либо другими нарушеніями душевной дѣятельности. Поврежденіе корки височной области съ одной стороны влекло за собою одностороннюю глухоту и слѣпоту. Центръ для ощущенія зрѣнія у собакъ доходитъ до передней половины полушарія. Разрушеніе второй наружной извилины и окрестъ лежащихъ частей вызываетъ психическую слѣпоту и въ тѣмъ большей степени, чѣмъ далѣе разрушеніе идетъ спереди назадъ. Всякое самопроизвольное и экспериментальное поврежденіе корки мозга въ лобной долѣ, не содержащей ни сенсорныхъ, ни моторныхъ центровъ, нарушаетъ интеллектъ больше, нежели экстирпация сенсорныхъ центровъ. Чувствительныя представленія не есть непосредственный, функціональный, простой, элементарный продуктъ кортикальныхъ центровъ, но координированный результатъ, продуктъ ассоціацій изъ различныхъ элементарныхъ функціональных предшествовавшихъ процессовъ въ сенсоріальныхъ зонахъ.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dott. Eugenio Tanzi, Физиологія и психометрія чувства температуры въ діагнозѣ спинальныхъ поражений, въ особенности сирингоміелии (Fisiologia e psicometria del senso termico nella diagnosi delle affezioni spinali con particolare riguardo alla siringomielia. Riv. sper. di freniatria V. XVI, f. IV.**

Присущее всѣмъ животнымъ свойство различать температуру предметовъ долгое время считалось лишь видомъ так-

тильнаго чувства. Еще въ 1845 г. J. Müller былъ вполнѣ увѣренъ, что ощущеніе холода и тепла, боль, чувство пріятнаго и непріятнаго и много другихъ видовъ чувства проводятся одними и тѣми же тактильными нервами. Мало по малу, однако, изслѣдованіями Helmholtza, Brücke, Lussana и другихъ установился тотъ взглядъ на чувство температуры, что оно имѣетъ свои особенные периферическіе органы. Въ 1883 году по этому вопросу появилось двѣ выдающихся работы. Одна изъ нихъ принадлежала Hering'у, другая Herzen'у. Первый, принималъ для чувства тепла и холода одинъ центростремительный аппаратъ и для объясненія механизма происхожденія этихъ двухъ ощущеній старался примѣнить гипотезу, положенную имъ въ основаніи его теоріи цвѣтоощущенія. По его мнѣнію, тепло вызываетъ положительную реакцію или ассимиляцію нервнаго вещества, холодъ-же—отрицательную или дезассимиляцію; разница этихъ динамическихъ процессовъ обуславливаетъ разницу нашихъ ощущеній; при равновѣсіи между этими двумя процессами мы не ощущаемъ ни тепла, ни холода. Herzen же, замѣтилъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ термической анестезіи чувство холода остается нетронутымъ и исчезаетъ одно чувство тепла и на оборотъ, а также что потеря чувства холода сочетается съ параличемъ тактильнаго чувства, а потеря чувства тепла—съ болевой анестезіей—принимая во вниманіе ученіе Schiffa'a, по которому тактильныя возбужденія передаются по заднимъ пучкамъ, а болевая—по целлюлярной сѣти сѣраго вещества, Herzen сталъ утверждать, что для чувства холода и для чувства тепла существуютъ различные центростремительные аппараты, первый изъ которыхъ находится въ заднихъ пучкахъ, а второй—въ сѣромъ веществѣ спинного мозга. Работа Hering'a, замѣчательна въ томъ отношеніи, что онъ, предупреждая послѣдующія наблюденія, первый положилъ начало дуализму въ ученіи о чувствѣ температуры, получившему прочную основу, благодаря изслѣдованіямъ Herzen'a. Впослѣдствіи Herzen, а также другіе изслѣдователи еще болѣе подтвердили это ученіе, найдя, что время реакціи на тепло значительно больше времени реакціи на холодъ. Въ 1884 году въ этомъ ученіи явилась новая фаза: шведскій фізіологъ Blix доказалъ, что для ощущенія тепла и ощущенія холода существуютъ не только отдѣльные проводы въ спинномъ мозгу, но и отдѣльныя периферическія окончанія. Кожа, по его изслѣдованіямъ, раздѣлена на

известное количество участков, одни изъ которыхъ ощущаютъ только тепло, другіе только холодъ и третьи только давленіе. Электрическое раздраженіе при посредствѣ очень тонкихъ электродовъ всегда вызываетъ ощущеніе, вполне соответственное тому участку, къ которому оно приложено; даже холодный объектъ, если онъ достаточно малъ, чтобы быть приложеннымъ только къ точкѣ ощущенія тепла, вызываетъ въ этомъ случаѣ, какъ это ни звучитъ парадоксомъ, ощущеніе тепла, а не холода. Одновременно и независимо отъ этой, появилась работа Goldscheider'a, который пришелъ къ тѣмъ же заключеніямъ, что и Blix. Обозначая различными красками на кожѣ точки тепла и точки холода, этотъ изслѣдователь тщательно изучилъ топографію чувства температуры и нашелъ, что термическая чувствительность, въ противоположность давленію и тактильной, возрастаетъ отъ конечностей къ туловищу, что число пунктовъ, ощущающихъ холодъ, превышаетъ число пунктовъ, ощущающихъ тепло, что у различныхъ субъектовъ и у одного субъекта въ различное время типъ распредѣленія термическихъ пунктовъ очень постояненъ и что степень чувствительности каждаго пункта различна у различныхъ субъектовъ. На основаніи этихъ изслѣдованій Eulenburg'омъ предложенъ новый термистезіометръ, который оказалъ уже немаловажную услугу клиникѣ.

Изложивъ такимъ образомъ исторію развитія ученія о чувствѣ температуры, авторъ переходитъ къ изложенію собственныхъ изслѣдованій по этому вопросу. Свою работу онъ раздѣляетъ на двѣ части, при чемъ въ первой изъ нихъ, психометрической, онъ ставитъ себѣ двѣ задачи: 1) проверить, дѣйствительно ли существуетъ между двумя термическими ощущеніями психометрическая разница и 2) изучить, если возможно, фізіологическіе и психологическіе факторы этой разницы. Для достиженія болѣе точныхъ результатовъ при изслѣдованіи, авторъ считаетъ необходимымъ соблюдать слѣдующія условія: 1) Интенсивность ощущеній тепла и холода должна быть одинакова, потому что въ противномъ случаѣ разница во времени реакціи можетъ зависѣть не отъ качественной, но отъ количественной разницы въ ощущеніяхъ. Для этого онъ считаетъ наиболѣе удобнымъ пользоваться максимальными ощущеніями тепла и холода, граничащими уже съ болѣвыми. 2) Вниманіе изслѣдуемаго должно быть сосредоточено исключительно на термическомъ раздраженіи, съ

которымъ поэтому отнюдь не должно соединяться тактильное раздраженіе, ибо послѣднее, какъ доказано различными изслѣдователями, достигаетъ сознанія гораздо раньше термического. 3) Принимая во вниманіе, что число пунктовъ, ощущающихъ холодъ, больше, чѣмъ ощущающихъ тепло, надо соответственно этому измѣнить величину поверхности раздраженія. Методъ изслѣдованія состоялъ въ слѣдующемъ:

Ощущеніе холода вызывалось распыленнымъ хлористымъ метиломъ, ощущеніе тепла—термической иррадіаціей отъ пламени. Для измѣренія времени реакціи употреблялся хроноскопъ Нирр'а. Предплечье изслѣдуемаго располагалось на небольшомъ столикѣ, снабженномъ отверстіемъ съ крышкой. Въ извѣстный моментъ крышка внезапно падала и участокъ кожи надъ отверстіемъ подвергался дѣйствію термического раздражителя. Въ то-же время паденіемъ крышки замыкался токъ и пускался въ ходъ показатель хроноскопа. Какъ только субъектъ получалъ ощущеніе тепла или холода, онъ нажималъ пуговку прерывателя и этимъ останавливалъ ходъ показателя. При своихъ изслѣдованіяхъ (50 опытовъ каждой категоріи) авторъ нашелъ, что среднее время реакціи на тепло равно 0,517", а среднее время реакціи на холодъ при той-же поверхности раздраженія равно 0,231". Но если поверхность раздраженія холодомъ уменьшить вдвое, то среднее время реакціи увеличится и будетъ равно 0,380". Изъ этого онъ заключаетъ: 1) ощущеніе холода воспринимается гораздо быстрѣе ощущенія тепла; 2) если поверхность кожи, раздражаемая холодомъ, менѣе поверхности, раздражаемой тепломъ, то время реакціи на холодъ, увеличиваясь, приближается ко времени реакціи на тепло; 3) Нельзя однако утверждать, что время реакціи прямо пропорціонально числу раздражаемыхъ термическихъ пунктовъ. Поэтому разница во времени реакціи можетъ быть только отчасти объяснена большимъ количествомъ холодovýchъ пунктовъ на кожѣ; отчасти же она, быть можетъ, зависитъ отъ разницы динамическихъ процессовъ, или анатомическихъ спинальныхъ путей, а можетъ быть и отъ болѣе поверхностнаго расположенія въ кожѣ периферическихъ, ощущающихъ холодъ, аппаратовъ. Вліяніе количества функціонирующихъ чувствительныхъ пунктовъ на скорость воспріятія ощущенія авторъ объясняетъ слѣдующимъ образомъ: по закону изолированной передачи возбужденія, большее число раздражаемыхъ периферическихъ окончаній соответствуетъ въ спинномъ



мозгу большому количеству нервныхъ волоконъ, передающихъ раздраженіе. Эти волокна, какъ доказано новѣйшими изслѣдованіями, и для ощущенія тепла, и для ощущенія холода, входятъ въ составъ интерцеллюлярной сѣти заднихъ роговъ, въ которой проходящіе нервные процессы встрѣчаютъ значительныя препятствія. Эти препятствія преодолеваются процессами нервнаго возбужденія тѣмъ легче, чѣмъ больше количество послѣднихъ. Другими словами скорость проведенія возбужденія черезъ задніе рога прямо зависятъ отъ величины периферической поверхности возбужденія.

Далѣе авторъ переходитъ ко второй, патологической части своего труда и начинаетъ ее историческимъ очеркомъ. Патологія чувства температуры развивается собственно съ 1882 г., съ того именно времени, когда вниманіе многихъ клиницистовъ и патологоанатомовъ было обращено на выясненіе картины сирингоміэліи. Раньше болѣзнь эта была извѣстна только анатомамъ и нерѣдко смѣшивалась ими съ гидроміэлитомъ. Въ отличіе отъ этой послѣдней первую Simon назвалъ сирингоміэліей, позаимствовавъ этотъ терминъ у Ollivier. Этимъ именемъ съ тѣхъ поръ называется болѣзнь спинного мозга, характеризующаяся лакунами, каналами или полостями, расположенными болѣе или менѣе близко къ центральному каналу и происходящими вслѣдствіе размягченія, съ полнымъ или частичнымъ разрушеніемъ, фокуса новообразованія, большею частью гліоматознаго, преимущественно занимающаго сѣрое вещество. Такія лакуны могутъ быть большей или меньшей величины, единичны, или множественны. Какъ объ анатомической рѣдкости, о такой аномаліи упоминается еще въ *Miscellanea Bruner'a* въ 1688 году; 52 года спустя ее видалъ Morgagni на трупѣ одного венеціанскаго рыбака, умершаго отъ неизвѣстной причины. До 1869 года въ литературѣ было извѣстно 20 случаевъ сирингоміэліи, распознанной на вскрытіи. Быстрое развитіе ученія о сирингоміэліи получило съ 1882 года и скоро болѣзнь эта стала считаться вовсе не рѣдкой, равной по частотѣ проявленія разсѣянному и боковому амиотрофическому склерозу. При ней нѣтъ необходимости въ существованіи непременно пустыхъ лакунъ; гиперпластическая, обильно васкуляризованная нейроглія, составляющая стѣнки полости, можетъ отчасти наполнять и самую полость. Пораженіе можетъ локализоваться на любомъ мѣстѣ спинного мозга, какъ въ сѣромъ, такъ и въ бѣломъ веществѣ его, чаще

однако вблизи центрального канала. Течение болѣзни очень медленно, но симптомы постоянны, ясны и характерны. Важнѣйшихъ изъ нихъ 2: 1) ограниченныя мѣста термо-анестезіи кожи, почти всегда соединенной съ анальгезіей и почти никогда съ параличемъ тактильной чувствительности,— это то, что Charcot называетъ сирингоміэлитической диссоціаціей, и 2) мышечныя атрофіи, совпадающія или граничащія съ разстройствомъ чувствительности, безъ паралича или атаксіи, часто сопровождаемыя костной или кожной дистрофіей. Частью случайны, частью представляютъ второстепенную важность другіе симптомы, какъ парестезіи, реакція перерожденія атрофированныхъ мышцъ, повышение пателлярныхъ рефлексовъ, явленія бульбарнаго паралича. Обращая особенное вниманіе на измѣненіе чувства температуры при сирингоміэліи, авторъ собралъ 65 случаевъ сирингоміэліи въ литературѣ, начиная съ 1882 года и нашелъ, что въ 53 изъ нихъ съ положительностью доказано измѣненіе чувства температуры, 12 же остальныхъ случаевъ сомнительны, такъ какъ въ нихъ не было произведено соответствующаго изслѣдованія. Но, если бы и оказалось, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ сирингоміэліи чувство температуры остается не измѣненнымъ, то въ этомъ нѣтъ ничего удивительнаго, потому что данный процессъ вовсе не оказываетъ исключительнаго преимущества заднимъ рогамъ. Слѣдовательно, разстройство чувства температуры отнюдь нельзя считать обязательнымъ, неизбѣжнымъ признакомъ сирингоміэліи. Ни въ одномъ изъ случаевъ сирингоміэліи подвергавшихся вскрытію, не было найдено пораженія заднихъ пучковъ спинного мозга; равнымъ образомъ ни въ одномъ изъ нихъ при жизни не было наблюдаемо разстройства тактильной чувствительности. Это подтверждаетъ ученіе физиологовъ о прохожденіи тактильных возбужденій черезъ задніе пучки. Но такъ какъ во многихъ случаяхъ сирингоміэліи было наблюдаемо разстройство ощущенія холода, то изъ этого можно заключить, что чувство холода не передается по заднимъ пучкамъ, какъ училъ Hergel, а вмѣстѣ съ чувствомъ тепла по заднимъ столбамъ сѣраго вещества. Ученію о двойственности чувства температуры противорѣчатъ три случая изъ группы, собранной авторомъ. Въ этихъ случаяхъ было наблюдаемо явленіе замѣны термическихъ ощущеній: холодъ ощущался, какъ тепло, а тепло, какъ холодъ. Во всякомъ случаѣ патологія сирингоміэліи, по мнѣнію автора, способствовала

окончательному установленію фізіологической автономіи чувства температуры и даже отчасти его раздѣленію на два отдѣльныя чувства. Изъ всѣхъ изложенныхъ данныхъ авторъ дѣлаетъ слѣдующія общія заключенія: 1) Патологія сирингоміэліи указываетъ, что термическія ощущенія, достигая спинного мозга, долѣе тактильных остаются въ сѣромъ веществѣ, прежде чѣмъ перейдутъ въ задніе лучки. 2) Остается нерѣшеннымъ, получаетъ ли данное ощущеніе характеръ термическаго вслѣдствіе того, что оно долѣе задерживается въ заднихъ рогахъ, или наоборотъ, оно задерживается въ нихъ именно потому, что имѣетъ уже характеръ термическаго. Явленіе замѣны термическихъ ощущеній можно объяснить только съ помощью второй гипотезы. Если холодное раздраженіе, дѣйствуя на холодовый пунктъ, воспринимается, какъ теплое, то это становится понятнымъ только при томъ предположеніи, что это ощущеніе проходитъ въ спинномъ мозгу по тѣмъ анатомическимъ путямъ или тѣмъ способами (съ тою скоростью и т. п.), которые свойственны тепловому ощущенію. А это значитъ, что данное ощущеніе получаетъ свой специфическій характеръ во время прохожденія по спинному мозгу. 3) Теорія, допускающая не только анатомическую индивидуальность чувства температуры, но и его раздѣленіе на два анатомически и фізіологически автономныя чувства, заслуживаетъ большаго вниманія и подтверждается патологіей. 4) Немногіе случаи сирингоміэліи, въ которыхъ наблюдалась термическая гиперестезія, не противорѣчатъ многимъ случаямъ анестезіи, представляя обычный эффектъ раздраженія, предшествующаго развитію новообразованія или размягченія. 5) Проявляется ли термическій дуализмъ уже на преспинальномъ пути холодныхъ и теплыхъ возбужденій до конечныхъ развѣтвленій специфическихъ чувствительныхъ волоконъ, или этотъ дуализмъ является уже въ заднихъ рогахъ и при посредствѣ послѣднихъ,—въ обоихъ случаяхъ весьма вѣроятно, что холодныя и тепловыя возбужденія проходятъ въ заднемъ рогѣ по двумъ различнымъ путямъ.

*Н. И. Мухинъ.*

**Prof. Cesar Vigna, О фізіологическомъ и терапевтическомъ значеніи музыки (Sull'importanza fisiologica e terapeutica della musica.**

**Doct. Tanzi, О нѣкоторыхъ біологическихъ законахъ музыкальной эстетики (Sopra alcuni leggi biologiche dell'estetica musicale. La Psichiatria ecc. 1887 fasc. 3-e. 4.**

Чарующее вліяніе музыки на нашу душу имѣетъ безъ сомнѣнія матеріальную основу въ тѣхъ измѣненіяхъ, кото-

рыя она производитъ въ нервной системѣ. Это не есть неопредѣленное предположеніе простаго эмпиризма, это—фактъ, могущій теперь считаться научно установленнымъ. Законы эстетики вытекаютъ изъ явленій и законовъ біологическихъ; въ основѣ ихъ лежатъ біохимическіе процессы и молекулярныя движенія. Уже въ обыденной жизни наблюдатель часто встрѣчаетъ конкретные случаи измѣненій сенсоріальной и моторной иннерваціи всего организма подъ вліяніемъ музыки. Извѣстно, какое гипнотизирующее вліяніе оказываютъ простыя, монотонныя мотивы и, съ другой стороны, какъ возбуждаютъ весь организмъ, какъ усиливаютъ мышечную энергію мѣрныя созвучія; извѣстно далѣе, какъ поднимаютъ намъ духъ громкіе мажорныя аккорды и въ какое печальное настроеніе приводятъ тихіе, минорныя. Надъ изученіемъ вліянія музыки на организмъ трудились многіе физиологи и ими отчасти выясненъ и самый механизмъ этого вліянія. Conty, Carpentier и особенно Dogiel доказали тѣсную связь между условіями кровообращенія и психическими функціями съ одной стороны и различными физическими условіями звука—съ другой; школа Wundt'a изучила условія воспріятія различныхъ звуковъ и нашла, что шумъ воспринимается скорѣе музыкальнаго тона, высокіе тоны—скорѣе низкіе, сильныя—скорѣе слабыя; установивъ такую психометрическую разницу между тонами различной высоты и силы, она тѣмъ самымъ дала фізіологическое объясненіе эстетической разницы между ними; такимъ-же путемъ докторъ Тапи объяснилъ различное эстетическое значеніе мажорныхъ и минорныхъ аккордовъ; проф. Magioganі экспериментально доказалъ, что вліяніе на организмъ звуковыхъ и музыкальных консонансовъ очень сходно съ вліяніемъ магнитныхъ металловъ. Кромѣ упомянутыхъ ученыхъ этимъ вопросомъ занимались: Azeglio, Lechalas, Tafani, Hogjer, Mantegazza, Rattone, Pouchon, Morselli и др.

*Н. И. Музыка.*

D-г Vassale, О вліяніи интравенознаго впрыскиванія сока щитовидной железы у собакъ послѣ тиреоидэктоміи (Intorno agli effetti dell'iniezione intravenosa di Succo di tiroide nei cani operati di estirpazione della tiroide. Riv. Sp. difren. ece. V. XVI, f. VI)

Извѣстно, что экстирпація glandulae thyreoideae у человека влечетъ за собою очень опасныя послѣдствія въ видѣ микседемы или, рѣже, тетанія; собаки въ большинствѣ случаевъ совершенно не выносятъ полной тиреоидэктоміи. Между тѣмъ вопросъ объ эффектахъ этой операціи у животныхъ

представляет большую важность, какъ для физиолога, такъ и для нейропатолога, такъ какъ *gl. thyreoidea*, по мнѣнію большинства изслѣдователей, играетъ большую роль въ питаніи и функціяхъ нервной системы. Поэтому авторъ произвелъ рядъ экспериментовъ съ цѣлью выяснитъ, нельзя-ли искусственнымъ путемъ достигнуть того, что собака будетъ способна выносить безнаказанно полную тиреодектемію. Имѣя въ виду предшествовавшія работы Schiff'a, Eiselberg'a, Carle и особенно Ewald'a, авторъ рѣшилъ, для достиженія такой иммунности, впрыскивать собакамъ прямо въ кровь стерилизованную водную вытяжку, *gl. thyreoideae*. Всѣхъ опытовъ произведено 9; у 6 животныхъ была произведена полная экстирпация *gl. thyreoideae* съ послѣдовательнымъ впрыскиваніемъ въ *v. cavales* водной вытяжки железы. Изъ этихъ 6 собакъ 3 пережили операцію и у двухъ изъ нихъ не было никакихъ болѣзненныхъ явленій, а у одной — легкая дисфагія (со времени операціи прошло 104, 99 и 86 дней). Производя, затѣмъ, впрыскиванье лишь послѣ того, какъ у собаки развилась *cachexia strumipriva*, авторъ наблюдалъ исчезновеніе всѣхъ симптомовъ послѣдней. Поэтому авторъ полагаетъ, что интравенознымъ впрыскиваніемъ водной вытяжки *gl. thyreoideae* возможно достигнуть иммунности собаки по отношенію къ послѣдствіямъ тиреодектеміи. Опыты автора доказываютъ, кромѣ того, несостоятельность ученія Munk'a, который, отрицая всякую специфическую функцію *gl. thyreoideae*, объясняетъ явленія, слѣдующія за тиреодектеміей поврежденіемъ при операціи сосѣднихъ важныхъ нервныхъ волоконъ. *Н. И. Мухинъ.*

*Dr. Lwoff, Очеркъ интеллектуальныхъ поражений при ограниченныхъ заболѣваніяхъ мозга (Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau).*

Авторъ занялся изученіемъ той группы случаевъ, которая обуславливается ограниченнымъ пораженіемъ мозговой корки. По его мнѣнію, умственные расстройства, обусловленные таковымъ ограниченнымъ пораженіемъ корки, представляютъ въ такой мѣрѣ ясные и опредѣленные признаки, что всѣ эти случаи можно соединить въ одну отдѣльную самостоятельную группу, характеризующуюся, кромѣ того, этиологическимъ моментомъ. Эти умственные расстройства въ большей части случаевъ стоятъ въ связи съ частичными двигательными расстройствами, которыя и должны разсматриваться параллельно. При изученіи болѣзненныхъ явленій, мы замѣ-

чаемъ въ нихъ два ряда признаковъ: одни изъ нихъ постоянны и характеризуются частичнымъ поражениемъ подвижности и состояниемъ умственныхъ способностей съ частичнымъ психическимъ ослаблениемъ, представляющимъ въ одной группѣ глубокой упадокъ элементовъ, а въ другой относительное ихъ здоровье. Другіе болѣзненные признаки не постоянны, представляютъ очень большія видоизмѣненія въ продолжительности и напряженности проявленія и служатъ какъ бы дополнениемъ къ основному психическому состоянию, нѣсколько разъ то появляясь, то исчезая, — эти добавочные признаки выражаются въ видѣ чувствительныхъ расстройствъ и различного содержанія бреда. При изученіи даннаго состоянія приходится обращать строгое вниманіе на наследственность и личные патологическіе antecedentes, какъ алкоголизмъ и проч. Умственные расстройства, наиболее часто связанныя съ мозговымъ размягченіемъ, обуславливаются различными причинами, — чаще же всего кровоизліяніями въ мозгъ и новообразованіями. Отличіе психозовъ вслѣдствіе органическихъ ограниченныхъ измѣненій головного мозга отъ общаго паралича должно быть основано на слѣдующихъ данныхъ: въ продромальномъ періодѣ на повторности частичныхъ расстройствъ и подвижности въ общемъ чувствительности, въ самомъ развитіи болѣзни частичныя пораженія движенія въ ограниченныхъ пораженіяхъ постоянны, тогда какъ въ общемъ параличѣ они рѣдки. Затрудненіе рѣчи общаго паралича отличается достаточно легко отъ расстройствъ рѣчи, обусловленныхъ ограниченнымъ поражениемъ мозга, особенно если эти послѣднія не сопровождаются дрожью. Если же при ограниченномъ пораженіи дрожь бываетъ выражена, то расстройства рѣчи въ обоихъ случаяхъ бываютъ сходны, въ такихъ случаяхъ нужно искать дрожь одной половины губъ, сопровождающейся фибриллярнымъ подергиваніемъ мускуловъ той щеки, на сторонѣ которой находится парезъ. Половинная дрожь бываетъ выражена тогда, когда при ограниченномъ поражении мозга въ гемиплегіи принимаютъ участіе мускулы нижней половины лица и когда, спустя извѣстное время, образуется контрактура парализованной половины лица. Эта контрактура, будучи слабо выраженной, можетъ и не проявляться на парализованной сторонѣ и выражаться только дрожью при произвольныхъ движеніяхъ, напр. разговорѣ. Въ общемъ параличѣ дрожь не ограничивается той или другой частью, а можетъ проявляться повсюду. Такимъ обра-

зомъ діагностическимъ признакомъ ограниченаго пораженія мозга можетъ служить половинная дрожь щекъ. При сопоставленіи психическихъ поражений при общемъ параличѣ и ограниченномъ поражении мозга, оказывается, что при ограниченномъ поражении обыкновенно происходитъ частичное разстройство психической дѣятельности, пробѣлы въ области интеллекта,—тогда какъ при общемъ параличѣ возникаетъ пониженіе всѣхъ душевныхъ способностей. Въ характерѣ и общемъ настроеніи духа также замѣчается разница—при ограниченномъ поражении въ характерѣ наблюдаются недовѣріе и злость, тогда какъ въ общемъ параличѣ — индифферентизмъ и возбужденіе, въ зависимости отъ того или другого состоянія. Бредъ при ограниченномъ поражении мозга проявляется часто приступами и сопровождается чувствительными разстройствами, въ видѣ характернаго галлюцинаторнаго бреда, весьма рѣдкаго при общемъ параличѣ. При ограниченномъ поражении мозга очень часто бываютъ идеи преслѣдованія, тогда какъ при общемъ параличѣ онѣ довольно рѣдки. При ограниченномъ мозговомъ поражении онѣ прочны, фиксированны и ясно сформулированы, тогда какъ при общемъ параличѣ онѣ подвижны, случайны и плохо редактированы. Меланхолическія идеи также болѣе ясно и определено выражены при ограниченномъ мозговомъ поражении. Идеи величія въ обоихъ заболѣваніяхъ представляютъ мало характернаго для того или другого состоянія,—при отличіи ихъ должно пользоваться общими положеніями.—Очень дѣльная работа, подобно другимъ французскимъ работамъ, страдаетъ недостаточнымъ знакомствомъ съ иностранной литературой и чрезъ это проигрываетъ.

*В. А. Тихомировъ.*

*Prof. Charcot, Morbus Basedowi, Leçons du mardi, 1890 г.*

Въ своихъ лекціяхъ авторъ высказалъ тотъ взглядъ, что Morbus Basedowi принадлежитъ къ нейропатической семьѣ, близко стоящей къ артритическому отдѣлу. Изъ лечебныхъ мѣръ онъ съ значительнымъ успѣхомъ примѣнялъ электричество по способу Vigouroux. Изъ клиническихъ явленій авторъ обращаетъ особенное вниманіе на паралапарезъ—явленіе, состоящее въ томъ, что на больного внезапно нападаетъ временная слабость и безсиліе и больной почти падаетъ, при этомъ обнаруживается расслабленіе мускуловъ, отсутствіе сухожильныхъ и кожныхъ рефлексовъ и полное сохраненіе

чувствительности. Изъ 5 больныхъ профессоръ нашелъ это явленіе у 4. Кромѣ того авторъ наблюдалъ при хорошемъ аппетитѣ приступы болѣзненной рвоты. Наблюдалось также повышеніе температуры при чувствѣ термофобіи, безъ параллельнаго однако увеличенія выдѣленія мочевины.

*В. А. Тихомировъ.*

Charcot, Случаи абазіи: 1) Паралитическая форма абазіи, 2) Дрожательная, 3) Та же самая форма. (Cas d'abasie: 1) Abasie paralytique, 2) Abasie trépidante, 3) Même forme, Leçons du mardi à la Salpêtrière, II, 1890.

Abasie paralytique. Мужчина 44 лѣтъ; актеръ; внукъ одного пзвѣстнаго писателя. Бабушка его нервная, мать пьяница, дядя любитель абсента. Пациентъ въ юности былъ нервозенъ. На 34-мъ году жизни сильно былъ опечаленъ измѣной жены. Вслѣдъ за этимъ у него появились припадки интенсивной дрожи безъ потери сознанія, повторявшіеся за тѣмъ послѣ каждого психическаго возбужденія въ продолженіи 6—8 мѣсяцевъ. Два года тому назадъ послѣ одного подобнаго припадка наступило внезапно настоящее болѣзненное состояніе: когда пациентъ хотѣлъ встать съ постели и ноги его прикоснулись къ полу, онъ упалъ и не могъ болѣе ни стоять, ни ходить. Въ лежачемъ положеніи всѣ движенія сохранены, возможно также стояніе на колѣняхъ и ползанье. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ больной могъ немного ходить съ помощью палки, но послѣ новаго припадка наступило прежнее состояніе. Кромѣ припадковъ была гемипарезія, анестезія согнае, измѣненіе вкуса и обонянія, наконецъ, легкая дрожь во всѣхъ членахъ, усиливающаяся при движеніяхъ. Этотъ случай, по мнѣнію Шарко, принадлежитъ къ области истеріи. Точно такую же Астазію—абазію Charcot наблюдалъ у мальчика 12 лѣтъ и Вупон у ребенка восьми лѣтъ. Дѣти по словамъ Charcot поражаются этой болѣзью чаще и выздоравливаютъ быстрее. 2) Abasie trépidante: у мужчины 49 лѣтъ появилась abasie trépidante. Способность остальныхъ движеній сохранена. Въ семействѣ наблюдались душевныя и спинномозговья болѣзни. Въ дѣтствѣ пациентъ былъ раздражителенъ и имѣлъ устрашающія галлюцинаціи. Въ восемь лѣтъ у него явилась лѣвосторонняя гемиплегія безъ потери сознанія. Гемиплегія прошла, но осталось слабоуміе; около двухъ лѣтъ тому назадъ наступило настоящее нарушеніе хожденія. Кромѣ того было ограниченіе поля зрѣнія и лѣвосторонняя гиперэстезія. Charcot ду-



масть, что причиной абазіи послужила или истерія, или прежнее поврежденіе центра хожденія; послѣднее мнѣніе онъ считаетъ болѣе справедливымъ и признаетъ, что походка больныхъ множественнымъ склерозомъ болѣе всего напоминаетъ *abasia trépidante*. 3) *Abasia trépidante*. Мужчина 75 лѣтъ, прежде бывшій всегда здоровымъ, получилъ нарушеніе походки шесть лѣтъ тому назадъ сначала въ лѣвой, а потомъ и въ правой ногѣ. Въ лежачемъ положеніи движенія сохранены. Стоять можетъ, но въ началѣ при сдвиганіи ногъ наступаетъ дрожь; можетъ ползать на четверенкахъ; обыкновенное же хожденіе нарушено и въ моментъ поднятія ноги и сгибанія колѣна является быстрая экстензія конечности. *Charcot* склоненъ допустить здѣсь множественный склерозъ; передъ смертью наступили истерическія явленія.

П. П. Платовъ.

**Prof. Pitres**, Трофическія разстройства въ истеріи (*Des troubles trophiques dans l'hysterie*, *Le Progres medical*, 1891, 8).

Въ прежнее время клиницисты были того мнѣнія, что истерія никогда не сопровождается трофическими разстройствами,—однако наблюденія болѣе точныя и болѣе позднія несомнѣнно доказали, что и у истеричныхъ могутъ быть какъ вазомоторныя, такъ и трофическія разстройства. Авторъ приводитъ случаи вазомоторнаго разстройства у одной дѣвушки въ видѣ эдемы. По мнѣнію автора, истерическая эдема отличается тѣмъ, что она особенно сильно развивается по утрамъ, хотя не всегда,—и отличается особенною плотностью. Кроме того, эти разстройства сопровождаются поблѣдненіемъ данной части тѣла и пониженіемъ ея температуры. Трофическія измѣненія мускуловъ могутъ быть совмѣстно съ параличами и контрактурами и безъ нихъ. Въ томъ и другомъ случаяхъ трофическія разстройства обусловливаются динамическимъ пораженіемъ мозговыхъ клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга, безъ сомнѣнія отличнымъ отъ того, которое вызываетъ параличи и контрактуры. По мнѣнію автора, всѣ случаи рефлекторныхъ трофическихъ разстройствъ должны быть отнесены къ истерическимъ атрофіямъ. Истерическая мускульная атрофія отличается отъ органической—своей легкой излечимостью. Что касается электрической мускульной возбудимости при истерическихъ параличахъ, то въ большинствѣ случаевъ она представляется неизмѣненной, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ получается пониженная мускульная реакція и даже реакція перерожденія.—Но даже если наступаетъ въ

мускулахъ реакція перерожденія, то и тогда еще дѣло представляется не безнадежнымъ, ибо и при этомъ можетъ наступить возрожденіе мускульной ткани. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при истеріи могутъ быть очень рѣзкія трофическія разстройства въ видѣ глубокихъ пролежней, выпаденія зубовъ, уничтоженія ногтей и проч., но и эти разстройства поправимы.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Rendu, Rhino-bronchite spasmodique, (Le Mercredi Médical. 1891 г. № 1).**

Авторъ описываетъ случай спазмодического рино-бронхита. Больной, 29 лѣтъ отъ роду, послѣ простуды, получилъ мучительный кашель, колотье въ боку и общую усталость; вмѣстѣ съ тѣмъ обнаружались и другія воспалительныя явленія, какъ-то: инъекція, конъюнктивъ глазъ, слезотеченіе, головная боль и опуханіе лица, особенно послѣ сильныхъ приступовъ кашля. Рвоты однако никогда не было. Въ легкихъ, за исключеніемъ ослабленнаго дыханія и разсѣянныхъ рѣдкихъ хриповъ, ничего не замѣчалось. Первоначально было предположено катарральное заболѣваніе и назначена соотвѣтственная терапія изъ смягчительныхъ средствъ. Черезъ шесть недѣль вмѣсто улучшенія послѣдовало полное ухудшеніе: 1) воспалительное состояніе слизистыхъ оболочекъ носа и глазъ усилилось, появилась свѣтобоязнь и припуханіе вѣкъ, потеря обонянія съ незначительнымъ жидкимъ истеченіемъ изъ носа и боль въ области лобныхъ пазухъ; 2) краснота зѣва и гортани усилилась; 3) появилось чувство одышки и тяжести въ груди. Кашель носилъ характеръ коклюша, повторялся раза два въ часъ и учащался вечеромъ и ночью; мокрота имѣла видъ тянущихся слизистыхъ нитей. Тогда больному было назначено успокаивающее леченіе изъ *t-rae Belladonnae*, *Aconit.* и *Pulv. Doweri*. Больному стало значительно лучше. Краснота слизистыхъ оболочекъ уменьшилась и кашель сталъ гораздо рѣже. Какъ симптомы, такъ и теченіе этого страданія заставляютъ автора предполагать здѣсь не простой бронхитъ, а спазмодическій рино-бронхитъ. Подобные случаи были описаны уже многими авторами и подъ различными названіями: лѣтняя астма, сѣнная астма и проч. Это страданіе у однихъ и тѣхъ же субъектовъ появляется каждый годъ приблизительно въ весенніе мѣсяцы всегда съ одними и тѣми же симптомами. Больные начинаютъ кашлять разъ по 15—20 подъ рядъ, какъ при коклюшѣ. Появляется краснота слизистыхъ оболочекъ, при-

пуханіе вѣвъ и другіе симптомы характерныя для даннаго страданія. Затѣмъ черезъ 5—6 недѣль всѣ эти симптомы исчезаютъ. Различаютъ двѣ формы рино-бронхита: въ одной преобладаютъ воспалительныя состоянія слизистыхъ оболочекъ глазъ и носа, въ другой грудныя симптомы. Въ концѣ концовъ кашель принимаетъ характеръ катаррального, что предвѣщаетъ окончаніе болѣзни. Причины появленія спазмодическаго бронхита неизвѣстны. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчали наследственное предрасположеніе, въ другихъ простуду, вдыханіе цвѣточной пыли и проч. При леченіи этого страданія надо стараться уменьшить рефлекторную раздражительность носа абсорбирующими порошками или кокаиномъ. Точно также можно смазывать кокаиномъ и гортань, или дѣлать прижиганія. Противъ кашля рекомендуется *Belladonna*, *Aconit.*, *Pulv. Doveri*. Предсказаніе благоприятно, но возможны частыя рецидивы.

*М. Н. Поповъ.*

*Prof Seglas*, Объ эмотивной абазіи и астазіи (*De l'abasie et l'astasia émotives*, *Medecine moderne*, 1891 p. 24).

Авторъ описываетъ случай нейрастенички, у которой при каждой попыткѣ стоячаго положенія или ходьбы развивается приступъ страха,—случай этотъ напоминаетъ нѣкоторые случаи описанные Бувере и Бинсвангеромъ. Они и не вполне уподобляются случаямъ, названнымъ авторомъ абазіей-астазіей, такъ какъ походятъ на нихъ только одной чертой и болѣе приближаются къ насильственнымъ мыслямъ (*idées obsedantes*), въ родѣ агорафобіи,—поэтому авторъ предлагаетъ называть ихъ случаями эмотивной астазіи-абазіи. *З. В. Гутниковъ.*

*Dr Luys*, Къ ученію о патологической анатоміи умопомѣшательства (*Contribution a l'étude anatomo-patologique de la folie*, *Journal de medecine de Paris*, 1891, 9).

Несомнѣнно, что всѣ случаи сумашествія сопровождаются анатомическими измѣненіями въ области центральной нервной системы, но только въ однихъ случаяхъ эти измѣненія видны, въ другихъ же невидны,—въ однихъ случаяхъ они доступны обычнымъ способамъ изслѣдованія, въ другихъ мы въ настоящее время являемся безсильными при открытіи этихъ патологическихъ измѣненій. Разумѣется, для точнаго указанія патологическихъ измѣненій предварительно нужно быть въ совершенствѣ знакомымъ съ макро—и микроскопическимъ строеніемъ центральной нервной системы въ ея нормальномъ состояніи, дабы путемъ сравненія можно было указать и болѣзненные измѣненія въ ней. Авторъ, пользуясь этимъ

сравнительнымъ способомъ изслѣдованія, приводитъ нѣкоторыя данныя относительно состоянія центральной нервной системы у нѣкоторыхъ душевно-больныхъ. Авторъ представилъ результаты наблюденія и изученія 10 душевно-больныхъ, извѣстныхъ въ прежнее время подъ именемъ везаниковъ. Дѣло идетъ о галлюцинантахъ, изъ которыхъ одни были тихи и молчаливы, — другіе одержимы мистическими голосами, — еще иные видѣли ужасающія видѣнія, — нѣкоторые думали, что ихъ отравляютъ, преслѣдуютъ и обвиняютъ. — Словомъ, это группа душевно-больныхъ съ систематическимъ бредомъ преслѣдованія. Авторъ наблюдалъ постепенный ходъ развитія болѣзни у данныхъ больныхъ, начиная съ галлюцинацій, постепенный переходъ къ бреду и терминальному ослабленію умственныхъ способностей съ притупленіемъ воспріятія впечатлѣній внѣшняго міра. Галлюцинаціи были наблюдаемы во всѣхъ періодахъ и степеняхъ развитія болѣзни. У тѣхъ субъектовъ, у которыхъ наблюдалась полная деменція съ возбужденіемъ и галлюцинаціями, всегда встрѣчается гипертрофія извѣстныхъ участковъ парацентральной дольки и при томъ гипертрофія эта встрѣчалась на обѣихъ доляхъ одновременно. Утверждаютъ, что эта парацентральная область служить точкою сліянія психомоторныхъ извилинъ мозговой корки и что въ этой области скопляются запасы психомоторной иннерваціи. Такимъ образомъ эта гипертрофія обозначаетъ, что въ данной области происходитъ большее накопленіе нервной энергіи сравнительно съ другими мозговыми частями, въ которыхъ теперь энергіи этой будетъ меньше. У таковыхъ галлюцинантовъ происходитъ чрезмѣрно напряженная субъективная дѣятельность въ ущербъ воспріятію впечатлѣній внѣшняго міра, почему они живутъ непрерывно ихъ фиксированными идеями. Тѣ больные, у которыхъ галлюцинаціи не достигаютъ полного развитія, общенія съ внѣшнимъ міромъ не прекращаютъ, почему они охотно разговариваютъ какъ о предметахъ внѣшняго міра, такъ и о своемъ бредѣ. Если галлюцинаціи и бредъ бываютъ ограниченными, то гипертрофія наблюдается только на одной сторонѣ.

*К. Н. Ковалевская.*

Dr. Berthelemy, Къ ученію о *mal perforant* въ прогрессивномъ параличѣ (*Contribution à l'étude du mal perforant dans la paralysie générale*, 1891).

Авторъ полагаетъ, что въ основѣ *mal perforant* лежитъ пораженіе нервныхъ центровъ. Прободающая язва при про-

грессивномъ параличѣ явленіе довольно рѣдкое,—по мнѣнію же автора, оно на дѣлѣ гораздо чаще существуетъ и просматривается только по невниманію къ нему. По наблюденію автора, при появленіи язвы у больныхъ обыкновенно появлялись свѣтлые промежутки. Christian точно также наблюдалъ, что при обильномъ теченіи изъ язвы у прогрессивныхъ паралитиковъ наблюдались улучшения и свѣтлые промежутки. Принимая во вниманіе вышеуказанное явленіе, авторъ въ немъ находитъ показаніе къ назначенію при леченіи прогрессивныхъ паралитиковъ отвлекающихъ средствъ, какъ заволока, прижиганія, мушка и проч. Проробдающая язва прогрессивныхъ паралитиковъ чаще является у тѣхъ изъ нихъ, у которыхъ прежде было злоупотребленіе алкоголемъ.

*К. Н. Ковалевская.*

Dr. Féry, Спазмъ писцовъ эпилептического происхожденія (Crampes des écrivains de nature épileptique, La semaine médicale, 1891, 2).

Больной въ дѣтствѣ страдалъ судорогами, ночными страхами и недержаніемъ мочи по ночамъ. Служа въ банкѣ, онъ сильно утомлялся письменной работой. И вотъ у него начали проявляться очень странные приступы: въ рукѣ появлялись мурашки, ощущеніе холода и, при сгибаніи первыхъ трехъ пальцевъ правой руки къ ладони, ригидность въ мускулахъ всей руки. Черезъ нѣсколько минутъ все это проходитъ и больной можетъ продолжать письмо. По истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, судорги стали общими и приняли характеръ полного эпилептического припадка съ безсознательнымъ состояніемъ.

*З. В. Гутниковъ.*

Dr. Bitot, О мужской истеріи (Note sur l'hystérie mâle, Le Mercredi, Médical, 1891 г., № 3).

Въ послѣднее время существованіе мужской истеріи почти никѣмъ не оспаривается. Всѣ сомнѣнія на этотъ счетъ разсѣялись съ тѣхъ поръ, какъ было доказано, что истерія не зависитъ отъ uterus. Въ настоящее время наблюдаются даже цѣлыя эпидеміи истерическія того или другого типа. Въ госпитальномъ отдѣленіи на 40 кроватей авторъ, за 4 года своей дѣятельности, наблюдалъ 22 типическихъ случая мужской истеріи. Всѣ свои наблюденія онъ раздѣляетъ на 2 категоріи: въ одной преобладаютъ параличи, въ другой спазмодическія явленія. Параличи не представляли ничего спеціальнаго. Наблюдалось 8 моноплегій, 2 гемиплегии и 1 параплегія. Изъ спазмодическихъ явленій наблюдались дро-

жання верхніх кінечностей, псевдо-хорея, замиканіє, спазми глотки, нарушеніє рѣчи и судорожныя движенія мускуловъ лица. Всѣ больные были подвергнуты гипнотизированію различными методами и только одного изъ нихъ удалось исполнѣть загипнотизировать. Послѣ 5 или 6 сеансовъ этотъ больной совершенно выздоровѣлъ. Наибольшая часть мужской истеріи падаетъ на возрастъ отъ 31 до 35 лѣтъ. Въ числѣ причинъ истеріи указываютъ на наслѣдственность, травматическія поврежденія, интоксикаціи свинцомъ, ртутью и проч. Излеченіе послѣдовало въ большинствѣ случаевъ.

*М. Н. Поповъ.*

**Dr. Berthet.** Случай астазіи-абазіи (Sur un cas d'astasia et d'abasia, Lyon Méd. 1886, TLXI и LXII).

Наблюденіе касается истеричной, не могущей ни ходить, ни стоять, ни сидѣть въ кровати. Авторъ предполагаетъ, что препятствіемъ служила не слабость нижнихъ кінечностей, а скорѣе неустойчивость туловища. Эта неустойчивость туловища, повидимому, являлась послѣдствіемъ потери мускульнаго чувства, или потери внутренней чувствительности тѣла. — Это предположеніе подтверждалось тѣмъ, что больная при одномъ условіи могла удерживать свое тѣло въ равновѣсіи, а именно съ помощью твердаго, весьма длиннаго корсета и съ поддержкой верхнихъ частей верхнихъ кінечностей, при чемъ локти должны упираться на полу-согбенныя колѣни.

*Г. В. Гутниковъ.*

**Dr. Duflocq.** Субкортикальная парціальная эпилепсія (De l'épilepsie partielle sous-corticale, Revue de Medecine, 1891, № 2).

Авторъ описываетъ больного, 46 лѣтъ; этиологическій моментъ травма; за 20 лѣтъ до момента заболѣванія, непосредственныхъ послѣдствій травма не проявила. Приступамъ предшествуетъ аура, въ видѣ сжатія въ горлѣ, ощущенія боли и шума въ лѣвой сторонѣ головы. Приступъ состоялъ въ оттягиваніи языка, вращеній головы въ лѣво, — судороги сперва ограничивались лѣвой стороною лица, затѣмъ распространялись на плечо и составляли главный фазисъ приступа, который заканчивался обильнымъ слюноотдѣленіемъ; приступъ не сопровождался потерей сознанія. Приступы повторились отъ 15—20 разъ въ теченіе первыхъ трехъ сутокъ по появленіи ихъ, причемъ наступило возбужденіе и лихорадочное состояніе. Champignonnière рѣшился на третій день прибѣгнуть къ трепанациі, — больной умеръ въ тотъ же вечеръ.

Вскрытіе показало кисту, достаточной величины, помещавшуюся въ бѣломъ веществѣ, соотвѣтственно нижнему окончанію восходящей лобной извилины. Гистологическія особенности указываютъ на старый геморрагическій очагъ. Авторъ приписываетъ приступы новообразованію и на этомъ основаніи заключаетъ о вліяніи бѣлаго вещества на возникновеніе частичной эпилепсін.

*М. Н. Поповъ.*

**Dr. Chevallier, Двигательныя расстройства и патогенія Базедовой болѣзни** (Contribution a l'étude des troubles de la motilité et de la pathogenie du goitre exophtalmique).

Одни изъ двигательныхъ расстройствъ при Базедовой болѣзни принадлежатъ самой болѣзни, другія же только случайны при ней. Къ первымъ относятся: дрожь, эпилептиформныя и хорепформныя явленія, признаки Грефе и Стельвага, различные парезы, бульбарные параличи, особенно же наружная офтальмоплегія и сердечная гиперкинезія. По мнѣнію автора, паралитическія явленія при Базедовой болѣзни обусловливаются бульбарными нуклеарными параличами, — такъ, тахикардія вызывается пораженіемъ блуждающаго нерва, зобъ и экзофтальмъ вызываются тахикардіей. Ходъ болѣзни, родство ея съ такими нейрозами, какъ истерія, эпилепсія и проч., — характерныя проявленія болѣзни и патогенетическое изученіе главныхъ ея симптомовъ доказываютъ, что Базедова болѣзнь есть заболѣваніе высшихъ нервныхъ центровъ, особенно бульбарныхъ. Функціональныя расстройства не ограничиваются, однако, только церебральными явленіями, но проявляются и въ видѣ спинальных симптомовъ. По мнѣнію автора, причина всѣхъ этихъ явленій лежитъ въ интоксикаціи нервной системы, происходящей отъ пораженія щитовидной желѣзы.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr. Dutil, Матеріалы къ клиническому изученію истерическихъ дрожаній** (Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques, Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Tome troisième).

Истерическія дрожанія иногда развиваются такъ постепенно, что сами больные не могутъ дать отчета о времени ихъ появленія. Но такое постепенное начало бываетъ крайне рѣдко. Большею частью дрожанія появляются внезапно послѣ сильныхъ нравственныхъ потрясеній, испуга, травмы и еще чаще послѣ конвульсивнаго приступа. Иногда они являются передъ припадкомъ истеріи, составляя такимъ образомъ его авру. Эти дрожанія бываютъ общими и парціальными. Въ послѣднемъ случаѣ они могутъ занимать или цѣлую поло-

вину тѣла (гемиплегическая форма), или только конечности верхнія или нижнія (паралегическая форма), или, наконецъ, только часть извѣстной конечности. Теченіе ихъ также различно: они могутъ существовать безостановочно цѣлые годы, но могутъ являться по временамъ, продолжаясь всего только нѣсколько часовъ, особенно послѣ сильныхъ нервныхъ потрясеній и конвульсивныхъ приступовъ.

Всѣ виды истерическихъ дрожаній принадлежатъ къ правильному типу. Ихъ раздѣляютъ на 3 группы: 1) быстрыя колебанія отъ 8—12 въ секунду, 2) среднія—отъ  $5\frac{1}{2}$  до  $7\frac{1}{2}$ , и 3) медленные отъ 4 до  $5\frac{1}{2}$ . Быстрыя дрожанія имѣютъ короткую амплитуду и часто появляются только на часъ или на два, чтобы затѣмъ безслѣдно исчезнуть. Но бываютъ и такіе случаи, когда они прекращаются только на время сна, при чемъ авторъ всегда при этомъ наблюдалъ совмѣстное дрожаніе верхнихъ и нижнихъ конечностей. Эти колебанія можно вызвать надавливаніемъ на истерогенныя точки. Въ періодъ относительнаго покоя они не приносятъ неудобствъ больнымъ въ исполненіи ихъ обычныхъ занятій, но тонкія работы совершаются съ трудомъ. Иногда больные чувствуютъ, что ноги ихъ точно подкашиваются, отчего походка дѣлается не твердой. Авторъ приводитъ 2 случая быстрого истерическаго дрожанія, при чемъ представляетъ даже графическія таблицы этихъ колебаній. Изъ нихъ можно заключить, что амплитуда колебательныхъ движеній увеличивается послѣ нравственныхъ потрясеній, конвульсивныхъ приступовъ и проч.; точно также поднятыя вверхъ руки дрожатъ сильнѣе, чѣмъ опущенныя внизъ. Что касается распознаванія, то истерическія дрожанія, по мнѣнію автора, вполне тождественны съ таковыми же при общемъ параличѣ, Базедовой болѣзни и алкоголизмѣ.

*М. Н. Поповъ.*

Dr. Gilles de la Tourette, 'Разсужденія о самопроизвольныхъ кровоподтекахъ и умственномъ состояніи истеричныхъ (Considérations sur les ecchymoses spontanées et sur l'état mental des hysteriques Nouvelle, Iconographie de la Salpêtrière. Tome III).

Авторъ признаетъ возможность появленія самопроизвольныхъ кровоподтековъ у истеричныхъ субъектовъ. Такъ, онъ самъ наблюдалъ у одной девятнадцати-лѣтней больной появленіе кровоподтека въ 5 с. длины и 3 с. ширины, который развился въ теченіи одной ночи безъ всякаго травматическаго поврежденія. Нѣкоторые авторы думаютъ, что такіе кровоподтеки появляются у больныхъ во время истери-



ческих конвульсій вслѣдствіе ушибовъ, когда сами больные находятся въ безсознательномъ состояніи.

Но другіе наблюдатели видѣли ихъ на такихъ мѣстахъ, которыя были вполне защищены отъ травмы, напр. на внутренней поверхности бедеръ. Эти кровоподтеки въ судебно-медицинскомъ отношеніи могутъ имѣть громадное значеніе, особенно если принять во вниманіе психическое состояніе истеричныхъ. Истерическія женщины отличаются двойственностью своего характера, лживостью, притворствомъ. Ихъ психическое состояніе можетъ исчерпывать всю патологию: отъ остраго сумашествія до хронической мономаніи включительно. Кромѣ того онѣ легко подвержены внушенію. Это внушеніе можетъ происходить или отъ нихъ самихъ или быть навѣяно на нихъ посторонними лицами; иногда оно бываетъ даже въ видѣ часто повторяющихся однихъ и тѣхъ же сновидѣній. Такъ одинъ двадцати-девяти-лѣтній мужчина послѣ травматическаго испуга сталъ часто видѣть во снѣ, что черезъ него переѣзжаетъ карета. Въ одно прекрасное утро онъ просыпается съ истерической параллеліей, которая продолжалась пять мѣсяцевъ, и съ ясно-выраженной анестезіей на уровнѣ воображаемаго переѣзда колесъ кареты. Въ другомъ случаѣ одна больная страдала параличемъ, который по ея мнѣнію былъ накликаемъ однимъ волшебникомъ. Послѣ того, какъ удалось разубѣдить ее, она выздоровѣла. Истеричные обыкновенно дѣлаются рабами этихъ внушеній и самовнушеній, вслѣдствіе этого могутъ давать ложныя свидѣтельскія показанія, клеветать и проч. Благодаря внушеніямъ и своему особенному характеру они весьма часто попадаютъ на скамью подсудимыхъ. У мужчинъ истерія можетъ комбинироваться съ нейрастеніей. Такое сочетаніе свойственно не только молодому возрасту, но и пожилому. *М. Н. Поповъ.*

*Dr. Gilles de la Tourette, Къ изученію истерической зѣвоты (Contribution à l'étude des baillements hystériques. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Tome troisième).*

Истерическая зѣвота весьма мало была извѣстна до самаго послѣдняго времени. Авторъ приводитъ пять случаевъ подобнаго рода заболѣванія. Всѣ пять случаевъ принадлежатъ несомнѣнно истеричнымъ женщинамъ различнаго возраста, по преимуществу молодого. Зѣвота появлялась обыкновенно въ числѣ позднѣйшихъ симптомовъ истеріи, болѣею частью уже послѣ того, какъ были припадки, сопровождавшіеся конвульсіями и потерей сознанія на болѣе

или менѣе продолжительное время. Эта зѣвота въ нѣкоторыхъ случаяхъ продолжалась по цѣлымъ днямъ и прекращалась только съ наступленіемъ сна. Частота раскрытія рта колебалась въ широкихъ предѣлахъ. Такъ, одна больная зѣвала 8 разъ въ минуту т. е. приблизительно 7200 разъ за время бодрствованія. Въ другихъ случаяхъ зѣвота появлялась только послѣ нравственныхъ потрясеній и усталости, иногда въ определенное время напр. отъ 8 до 10 часовъ вечера. Въ иныхъ случаяхъ зѣвота являлась предвѣстникомъ истерического припадка. Отъ фізіологической истерической зѣвоты отличается своей частотой и ритмичностью. Кромѣ того, истерическая зѣвота отличается еще меньшей амплитудой дыхательныхъ экскурсій. Вдыханіе почти не превышаетъ норму, тогда какъ при фізіологической зѣвотѣ оно достигаетъ своей максимальной величины. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ примѣненіе статическаго электричества, гидротерапіи въ соединеніи съ приемами внутрь желѣзныхъ препаратовъ окончательно излечивали больныхъ.

*М. И. Поповъ.*

**Dr. Volron.** Изученіе діагностики общаго паралича (*L'étude du diagnostic de la paralysie générale*, 1889).

Авторъ задался вопросомъ изучить дифференціальныи діагнозы прогрессивнаго паралича и дегенеративнаго слабоумія, преимущественно на основаніи отличительныхъ чертъ бреда больныхъ. Обращаясь къ существующей литературѣ по данному вопросу, авторъ не находитъ прочно установленныхъ положеній въ этомъ отношеніи, хотя большинство авторовъ указывали на отлічіе бредового состоянія при прогрессивномъ параличѣ и слабоуміи. Авторъ останавливается на разсмотрѣніи различія бреда систематизированнаго, бреда прогрессивныхъ паралитиковъ и бреда дегенеративнаго слабоумія, и указываетъ на то, что бредъ прогрессивныхъ паралитиковъ и слабоумныхъ представляетъ гораздо большее сходство, чѣмъ бредъ систематизированный и бредъ прогрессивныхъ паралитиковъ. Отлічіе между систематизированнымъ бредомъ и бредомъ слабоумныхъ дегенератовъ заключается главнымъ образомъ въ томъ, что систематизированный бредъ развивается постепенно, систематически и логически и отличается правдоподобностью и разумностью, — тогда какъ бредъ дегенератовъ слабоумныхъ отличается отрывочностью, быстрымъ развитіемъ, нелогичностью, неправдоподобностью и неустойчивостью. Разумные доводы у дегенератовъ разви-

ваютъ доказательность ихъ бреда. Спутанность бреда слабоумныхъ дегенератовъ обуславливается прирожденною недостаточностью ихъ умственныхъ способностей. Спутанность дегенератовъ слабоумныхъ сходна съ несистематизированнымъ бредомъ прогрессивныхъ паралитиковъ, бредъ которыхъ въ основѣ своей имѣетъ также ослабленіе умственныхъ способностей, только не прирожденное, а приобрѣтенное. Никогда не бываетъ прогрессивнаго паралича безъ ослабленія умственныхъ способностей, хотя, разумѣется, въ различной степени. Ослабленіе умственныхъ способностей прогрессивнаго паралитика, по Воазену, представляетъ слѣдующія четыре степени: I, ослабленіе умственныхъ способностей ограничивается ошибками въ именахъ и проч.,—II, ошибками памяти, затрудненіемъ мысли и упорнымъ молчаніемъ,—это состояніе длится обыкновенно очень долго,—III, больной не понимаетъ вопросовъ, поступки лѣнны и автоматичны,—VI, ступоръ. Бредовыя сочетанія прогрессивныхъ паралитиковъ дѣлятся на два отдѣла: идеи величія и грандіозности и идеи меланхолическія,—эти два рода бреда могутъ появляться отдѣльно, но могутъ и чередоваться у одного и того же больного. Множественность бреда паралитиковъ, а равно и дегенерата, характеризуется тѣмъ, что бредъ величія, или меланхолическій, не ограничивается однимъ предметомъ, а постепенно переходитъ съ одного предмета на другой. Подвижность идеи такъ-же характерна для обоихъ этихъ состояній и характеризуется тѣмъ, что бредъ этотъ никогда не бываетъ фиксированнымъ,—тогда какъ мегаломанъ съ систематизированнымъ бредомъ крѣпко стоитъ на одномъ и томъ-же предметѣ бреда и сдвинуть его искусственно съ этого предмета бываетъ невозможно. Мало того, при прогрессивномъ параличѣ и слабоуміи дегенератовъ бредъ величія очень часто смѣшивается съ ипохондрическимъ бредомъ, а также иногда и съ бредомъ преслѣдованія. Бредъ систематизированный имѣетъ строгую логическую послѣдовательность и строгую обдуманность,—тогда какъ бредъ паралитика и слабоумнаго дегенерата отличаются полнымъ смѣшеніемъ и безсвязностью. Въ бредѣ паралитика и дегенерата сплошь и рядомъ встрѣчается противорѣчіе бреда, тогда какъ у паралитика эту черту подмѣтить невозможно. Ипохондрический бредъ паралитика отличается множественностью, абсурдностью и безсвязностью. Бываютъ случаи, когда бредъ ипохондрический сочетается съ бредомъ грандіозности и съ бредомъ меланхо-

лическимъ. Часто у этихъ больныхъ является измѣненіе личности и забвеніе своей собственной. Авторъ считаетъ совершенно неправильнымъ утвержденіе Baillarger относительно специфичности ипохондрическаго бреда для прогрессивнаго паралича, такъ какъ онъ нерѣдко отсутствуетъ. Бредъ и паралитика нерѣдко сопровождаются идеями отрицанія органовъ. Нѣтъ сомнѣнія, что идеи отрицанія встрѣчаются и въ другихъ случаяхъ, но онъ встрѣчается и въ прогрессивномъ параличѣ и въ слабоуміи дегенератовъ.

*В. А. Тихоміровъ.*

**Prof. Babinski**, Паралегія съ разслабленіемъ вследствие сжатія спинного мозга (*Paraplegie flasque par compression de la moelle*, Arch. de med. experim., 1891, № 2).

Сжатіе спинного мозга, не вызывая пораженія самого мозга, можетъ обусловить рѣзкую и даже полную паралегію, могущую продлиться нѣсколько мѣсяцевъ. Если въ паралегіи съ мускульнымъ разслабленіемъ, длительность которой затянется на нѣсколько недѣль и которая обусловлена компрессіей спинного мозга, данное пораженіе не будетъ обусловлено пораженіемъ рефлекторныхъ центровъ, или пораженіемъ трансверзальнымъ спинного мозга, то можно допустить, что спинной мозгъ или вовсе не пораженъ, или пораженъ очень слабо. Есть основаніе думать, что вообще этотъ видъ паралегіи имѣетъ прогнозъ относительно благопріятный. При отсутствіи противопоказанія къ операціи со стороны общаго состоянія больного, хирургическая операція въ данныхъ случаяхъ вполне показана.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Macpherson**, Меланхолія и манія (*Melancholia and mania*, The Journal of mental science, 1891, 2).

Сущность душевныхъ заболѣваній до сихъ поръ не дается вполне человѣческому пониманію. Существуютъ многія попытки къ выясненію ихъ, но онѣ являются только лишь попытками, ничего однако не выяснившими. Таковою попыткою является и статья вышеназваннаго автора. Macpherson ограничивается выясненіемъ сущности меланхоліи и маніи и рассматриваетъ ихъ съ точки зрѣнія психологической, фізіологической и патологической. Въ нормальной жизни масса перцепцій сопровождается тѣми или другими эмоціями, которыя въ общемъ составляютъ душевное нормальное равновѣсіе. Это состояніе авторъ ставитъ въ параллель съ бѣлымъ свѣтомъ. Обычный бѣлый свѣтъ производитъ самое обычное и

ровное впечатлѣніе; между тѣмъ этотъ свѣтъ составляетъ сумму спектральныхъ цвѣтовъ. Преобладаніе одного изъ этихъ цвѣтовъ надъ другими даетъ тотъ или другой оттѣнокъ свѣту; точно также преобладающее существованіе непріятныхъ впечатлѣній даетъ направленіе эмоціямъ, которыя въ свою очередь отражаются на сужденіи. Болевыя и непріятныя эмоціи очень часто сочетаются съ родственными имъ эмоціями страха и ужаса,—последнія же отражаются тормозящимъ образомъ на процессѣ сужденія. Въ свою очередь пріятныя ощущенія усиливаютъ пріятныя эмоціи, способствуютъ истрачиванію молекулярной нервной энергіи и разстраиваютъ сужденія. Такимъ образомъ какъ пріятныя, такъ и непріятныя эмоціи разстраиваютъ процессъ сужденія и при томъ такъ, что чѣмъ сильнѣе эмоціи, тѣмъ слабѣе сужденіе.

Обращаясь къ фізіологической основѣ, авторъ ссылается на изслѣдованія Féry, по которому воспріятіе сознательныхъ впечатлѣній зависитъ отъ циркуляціи и питанія нервныхъ центровъ. По Spencer'у, молекулярныя измѣненія въ нервной клѣткѣ во время акцій состоятъ въ химическомъ разложеніи,—въ нервномъ же волокнѣ—въ изомерической трансформарціи молекулъ. Эта теорія подтверждается слишкомъ большимъ распространеніемъ въ сѣромъ веществѣ кровеносныхъ путей, способствующихъ съ одной стороны удаленію продуктовъ обмѣна, а съ другой возстановленію питанія клѣтокъ. По изслѣдованіямъ Bernal Lewis, при усиленной акціи мозга увеличивается количество продуктовъ обмѣна, а равно и лимфатическихъ элементовъ. Всякій возбуждающій агентъ обусловитъ съ одной стороны разложеніе химическаго вещества клѣтки, а съ другой произведетъ изомерическія молекулярныя измѣненія въ волокнахъ. По этому, всякое волненіе и возбужденіе въ нервной системѣ дастъ физическій результатъ, при чемъ пріятныя эмоціи дадутъ одинъ рядъ симптомовъ, а непріятныя—другой. Физическіе симптомы непріятныхъ эмоцій будутъ: общее ослабленіе энергіи, какъ мозговой, такъ и всѣхъ частей тѣла, вазо-констрикторное дѣйствіе на всѣхъ артеріяхъ, за исключеніемъ, быть можетъ, брюшной полости, задержка сердечной дѣятельности; направленіе нервной энергіи склонно ограничиваться специально эмоціональнымъ кругомъ дѣятельности и склонно переходить на сходныя и подобныя по содержанію звенья,—вслѣдствіе задержки сердечной дѣятельности и вліянія на церебральную цирку-

ляцію, удаленіе продукто́въ истощенія изъ сѣраго вещества нервной системы и возстановленіе элементовъ совершается съ запозданіемъ и не вполне и такимъ образомъ является задержка репродукціи нервной энергіи. Всякая клітка требуетъ для правильности отправления извѣстное количество тепла и питанія,—недостатокъ ихъ задерживаетъ отправление клітки; точно также и проведеніе нервной энергіи по проводникамъ требуетъ перерывовъ и покоя. Воздѣйствіе непріятнаго настроенія на сфинктеры мало понятно и можетъ быть объяснено разряженіемъ нервной энергіи и воздѣйствіемъ ея на люмбальные центры.—Дѣйствіе пріятныхъ эмоцій совершенно обратно высказанному: усиленіе нервной энергіи, расширеніе артерій, усиленіе дѣятельности сердца, расширеніе круга дѣятельности нервной энергіи, свободная дѣятельность для унесенія продукто́въ обмѣна и возстановленія дѣятельности,—все это служитъ основою для проявленія внѣшняго вида субъекта: усиленные движенія, блестящіе глаза, пріятное выраженіе и пр.—Патологическія основы. Всѣ условія, ослабляющія энергію нервныхъ клітокъ и задерживающія проводимость и область дѣятельности этой энергіи, будутъ вполне достаточны для того, чтобы создать меланхолію. Всякая эмоція обусловливаетъ вазомоторныя измѣненія, которыя будутъ столь же продолжительны, какъ и эмоція. Воздѣйствіе питанія на нервную систему наблюдается четвероюко: 1) когда недостаточно крови количественно, 2) когда ея недостаточно по питательнымъ качествамъ, 3) когда она отравлена извнѣ и 4) когда она отравлена, при недостаточномъ обмѣнѣ между клітками и бѣлками крови, остатками обмѣна. Токсичность крови, какъ факторъ, вызывающій душевныя заболѣванія, повидимому, дѣйствуетъ гораздо чаще, чѣмъ это мы обыкновенно думаемъ и производитъ преимущественно депрессивное состояніе. Это положеніе подтверждается экспериментально введеніемъ въ кровь гіосціамина и проч.,—а также агентовъ, производящихъ перемежающую лихорадку, желтуху, уремическія явленія и проч. Въ первыхъ случаяхъ отравителями крови будутъ извнѣ занесенные яды,—во второмъ—лейкомаины. Кромѣ отравленія нервной системы продуктами недоокисленныхъ бѣлковъ въ другихъ частяхъ организма, авторъ указываетъ еще на возможность отравленія нервныхъ клітокъ продуктами собственнаго метаморфоза, накапливающимися въ большемъ количествѣ, чѣмъ обыкновенно.

Всѣ эти факторы производятъ меланхолію. Для производства маніи также требуется разстройство питанія центральной нервной системы. Если продукты бѣлковаго разложенія способны вызвать эпилепсію и меланхолію, то естественно предположить, что могутъ образоваться и продукты бѣлковаго разложенія, способные вызвать картину маніакальнаго заболѣванія. Возможность подобнаго происхожденія доказывается экспериментально введеніемъ въ организмъ нѣкоторыхъ алкалоидовъ,—точно также дѣйствуютъ нѣкоторые лейкомаинные элементы изъ группы мочевой кислоты и креатининной. Отравленіе нервныхъ элементовъ совершается: 1) если въ крови содержится избытокъ азотистыхъ веществъ, 2) если нервныя клѣтки представляютъ недостаточный азотный обмѣнъ, 3) если за сямъ образуется аутоинтоксикація нервныхъ элементовъ и 4) если существуетъ наклонность въ нервныхъ клѣткахъ къ патологической періодичности. Авторъ при этихъ болѣзняхъ рекомендуетъ для питанія назначать крахмалистыя вещества, вмѣсто бѣлковыхъ,—точно также, какъ Jackson совѣтуетъ этотъ способъ питанія при леченіи эпилепсіи.

*К. Н. Ковалевская.*

Dr. Oliver, Анализъ моторныхъ явленій окулярнаго аппарата у тупоумныхъ, эпилептиковъ и прогрессивныхъ паралитиковъ во второмъ періодѣ (The American Journal of the medic. Scien. 1890.

Въ идиопатическихъ случаяхъ эпилепсіи взрослыхъ, хотя бы болѣзнь достигла степени слабоумія, двигательная способность глазъ остается intactною, хотя въ рѣдкихъ случаяхъ можно наблюдать ограниченіе способности приспособленія. Въ незначительныхъ степеняхъ тупоумія, наблюдаемыхъ у мужчинъ, въ случаяхъ прирожденнаго тупоумія, какъ интра—, такъ и экстраокулярныя группы мускуловъ остаются intactными, какъ въ смыслѣ иннерваціи, такъ и способности приспособленія. Во второмъ стадіи прогрессивнаго паралича, какъ интра—такъ и экстраорбитальныя группы мускуловъ являются парезованными, что доказывается неравенствомъ и неправильностью зрачковъ, своеобразностью сокращеній радужной оболочки, потерей силы и цилиарнаго тонуса, экстраокулярною недостаточностью и атактическими и нистагматическими движеніями. Все это указываетъ на недостаточную мускульную иннервацію и недостаточную мускульную дѣятельность.

*А. П. Драгомановъ.*

**Dr. Wey,** Физическое воспитаніе, какъ средство психическаго исправленія (Physical training as a means of mental improvement, American Journal of Insanity, 1891, 1).

Авторъ говоритъ, что тюрьма и домъ умалишенныхъ имѣютъ между собою то общее, что и въ первую, и во вторую помѣщаютъ людей опасныхъ для общества и требующихъ нравственнаго исправленія. Съ послѣднею цѣлю авторъ предлагаетъ систематическое физическое воспитаніе и возбужденіе. Курсъ физическаго воспитанія дѣлится на три отдѣла: первый гидротерапія и массажъ, второй—активная и пассивная гимнастика и третій—обученіе рисованью, черченію, живописи и ремесламъ. Для опыта авторъ испробовалъ свою систему на 20 привычныхъ преступникахъ и получилъ весьма хорошіе результаты; за симъ онъ открылъ школу для малолѣтнихъ нервныхъ и душевныхъ больныхъ и совершенно невоспитанныхъ дѣтей и находитъ, что его система находитъ себѣ полное оправданіе.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dr. Bruch,** О необходимости женщинъ врачей въ заведеніяхъ для душевно—больныхъ (On the employment of women physicians in hospitals for the insane, American Journal of Insanity, 1891, 1).

Авторъ полагаетъ, что едва-ли существуетъ особенная настоятельная необходимость въ назначеніи женщинъ врачей для женскихъ отдѣленій для домовъ умалишенныхъ. Самымъ главнымъ доказательствомъ таковой необходимости служить тотъ доводъ, что спеціальное изслѣдованіе женщинъ врачами—мужчинами можетъ отразиться очень дурно на ихъ болѣзни, въ смыслѣ усиленія возбужденія. Но дѣло въ томъ, что въ большинствѣ случаевъ душевныя болѣзни независимы отъ женскихъ болѣзней, которыя могутъ быть лечимы по излеченіи первыхъ, почему при леченіи душевныхъ болѣзней часто можно обойтись не только безъ леченія мѣстныхъ половыхъ поражений, но и безъ изслѣдованія половыхъ органовъ.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dr. Waller,** Физиологическая продолжительность явленій сухожильнаго рефлекса (On the physiological times of the phenomenon termed tendon reflex, Journ. of physiol., XI, 4 и 5).

W. подвергнулъ экспериментальному изслѣдованію коленный рефлексъ съ цѣлюю выяснитъ вопросъ, есть-ли это просто рефлексъ,—прямое содроганіе мускула, или же это содроганіе мускула сопряжено съ непремѣннымъ участіемъ нервной дуги.



Такъ какъ несомнѣнные патологическіе и экспериментальные результаты противорѣчатъ второму положенію, то остается только первое и вмѣстѣ съ тѣмъ послѣднее. Измѣреніе времени рефлекса на человѣкѣ показали, что между сокращеніемъ *recti femoris* съ одной стороны и постукиваніемъ *lig. patell*, постукиваніемъ *recti femoris*, какъ и при электрическомъ раздраженіи *recti femoris* промежутокъ времени равняется 0,02—0,04 секунды. Болѣе точныя измѣренія на кроликѣ показали слѣдующія среднія числа: Прямое электрическое раздраженіе *recti femoris* 0,0076", прямое механическое раздраженіе 0,0078", сухожильный рефлексъ 0,0080", рефлексорная судорога (рефлексорное содроганіе кролика, привязаннаго къ доскѣ) 0,0360'. На основаніи этихъ цифръ и принимая во вниманіе отсутствіе колѣннаго рефлекса при экспериментальномъ и патологическомъ нарушеніи въ нервной дугѣ, W. принимаетъ, что колѣнный рефлексъ есть прямое содроганіе мускула, хотя для его полученія нервная дуга должна быть цѣла.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Geo. T. Kemp, Патологическія измѣненія при хроническомъ алкоголизмѣ (Pathological lesions of chronic alcoholism. The Quarterly Journal of Inebriety, 1891 № 1.

Алкоголь признается этиологическимъ моментомъ весьма разнообразныхъ патологическихъ измѣненій. Авторъ упоминаетъ только о тѣхъ измѣненіяхъ, которыя наиболѣе часты и признаются всѣми авторами за безспорно алкоголическаго происхожденія. Общее разстройство организма выражается въ такъ называемой алкоголической кахексін. Сопротивляемость организма ко всякимъ болѣзнетворнымъ вліяніямъ сильно падаетъ. Вѣроятно дегенерация, производимая алкоголемъ, чаще бываетъ жировая. Жировыя отложенія имѣютъ мѣсто какъ во внутреннихъ органахъ, такъ и въ подкожныхъ тканяхъ и въ особенности въ сальникѣ. Это жировое перерожденіе можетъ длиться вплоть до смерти, которую оно можетъ ускорить, но часто за нимъ слѣдуетъ склеротическое пораженіе, или-же, рѣже, паренхиматозныя воспаленія. Кровь становится водянистой и количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ уменьшается. Желудокъ подъ вліяніемъ алкоголя сильно и серьезно поражается, но специальныхъ патологическихъ измѣненій, характерныхъ для злоупотребленія алкоголемъ, нѣтъ. Наиболѣе частымъ будетъ хроническій гастрическій катарръ. Кишечникъ. Тонкія кишки удивительно мало страдаютъ отъ алкоголя, за-то толстыя кишки обыкновенно поражаются хро-

ническимъ воспаленіемъ. Вскрытіе показываетъ расширеніе сосудовъ, гиперпластическія утолщенія слизистой оболочки. Печень напѣтѣе поражается патологическими измѣненіями подѣ влияніемъ алкоголя. Объясненіемъ для этого факта служитъ предположеніе, признаваемое всѣми авторами, что алкоголь изъ желудка и кишечника непосредственно переходитъ въ печень. Первымъ измѣненіемъ въ печени будетъ конгестія, затѣмъ слѣдуетъ жировая инфильтрація, или гепатитъ, или и то и другое вмѣстѣ. Гепатитъ бываетъ какъ въ видѣ паренхиматознаго воспаленія, такъ и въ видѣ склероза, послѣднее чаще. Селезенка не представляетъ особенныхъ характерныхъ для алкоголизма патологическихъ измѣненій. Легкія весьма часто представляютъ явленія застойной гипереміи при хроническомъ алкоголизмѣ. Алкоголю также приписываютъ интерстиціальное воспаленіе легкихъ, но авторъ думаетъ, что въ этихъ случаяхъ помимо алкоголя играютъ роль еще и иные этиологическіе моменты, алкоголь-же является болѣе предрасполагающимъ, нежели обуславливающимъ моментомъ. Сердце при хроническомъ алкоголизмѣ представляетъ ожиреніе, жировое перерожденіе, хроническій міокардитъ или гипертрофію. Кровяные сосуды. Алкоголь вызываетъ расширеніе капилляровъ, склонность къ экстравазатамъ, къ атероматозу и ослабляетъ тонусъ большихъ сосудовъ. Почки у алкоголиковъ очень часто представляютъ жировую инфильтрацію и жировое перерожденіе. Бринтъ придерживался мнѣнія, что большее число больныхъ страдающихъ болѣзною, носящей его имя, обязаны ею алкоголю. Мозгъ безспорно наиболѣе страдаетъ отъ злоупотребленія алкоголемъ, въ отношеніи функций его, но специальныхъ для алкоголиковъ патологическихъ измѣненій, грубыхъ или микроскопическихъ, мы не знаемъ. Оболочки обыкновенно бываютъ гиперемированы, очень часто является геморрагическій пахименингитъ. Спинной мозгъ представляетъ тѣ-же измѣненія какъ и мозгъ головной. Периферическіе нервы, по мнѣнію многихъ авторовъ, подвергаются перерожденію подѣ влияніемъ алкоголя. Въ заключеніе авторъ совѣтуетъ при собираніи данныхъ анамнеза, не придавать излишняго значенія алкоголю, въ ущербъ другимъ болѣзнетворнымъ причинамъ, часто сопутствующимъ ему. Затѣмъ авторъ указываетъ что гибельное влияніе алкоголя сильнѣе выражается въ нейрозахъ, нежели въ патологическихъ органическихъ измѣненіяхъ.

*К. Н. Ковалевская.*

Arthur Maan, Кретинизмъ и микседема (Cretinism and Muxoedema, The Britich med. Journal, 1890).

Чтобы выяснитъ отношенія между кретинизмомъ и микседемой, авторъ изслѣдовалъ три препарата щитовидной желѣзы, которые были взяты Клебсомъ отъ взрослыхъ кретиновъ послѣ ихъ смерти и которые сохранялись въ цюрихскомъ патологическомъ институтѣ. Въ этихъ трехъ случаяхъ железа была очень мала въ сравненіи съ нормою. Невооруженному глазу въ желѣзѣ не представлялось ничего ненормальнаго; на разрѣзѣ ткань была дольчата, въ одной или двухъ доляхъ находились маленькія кисты и въ большомъ количествѣ гиперпластическіе узлы; во всѣхъ трехъ замѣчалась убыль желѣзистой и увеличеніе связующей ткани, въ двухъ изъ нихъ со многими зернами. Адвентиція артерій утолщена, вслѣдствіе концентрически расположенныхъ фиброзныхъ наслоеній; въ сравнительно мало измѣненной желѣзѣ замѣчались маленькіе инфильтрированные очаги съ лейкоцитами; альвеолы очень малы, съ однимъ только эпителиальнымъ покровомъ и наполнены коллоидной субстанціей; во многихъ альвеолахъ находится очень плоскій, подобный эндотелію, эпителий, не вездѣ непрерывно покрывающій стѣнки альвеолъ,—а въ нѣкоторыхъ даже совсѣмъ нѣтъ эпителия и находятся только коллоидные шарики,—въ нѣкоторыхъ, также лишенныхъ эпителия, находятся лейкоциты; въ другихъ мѣстахъ въ соединительной ткани вмѣсто истинныхъ кистъ находятся пещеры, содержащія маленькія эпителиальныя клѣтки. На препаратѣ, показывающемъ очень большую степень атрофіи желѣзы, нормальная желѣзистая ткань замѣнена пещерами, или совсѣмъ не содержащими эпителия, или содержащими, но сильно измѣненными и наполненными коллоидной субстанціей и детритомъ; кое-гдѣ находятся гнѣзда изъ эпителиондныхъ клѣтокъ. Такимъ образомъ при микседемѣ замѣчается ясная инфильтрація лейкоцитами атрофированныхъ желѣзъ. Нѣтъ изслѣдованій желѣзистой ткани раннихъ стадій кретинизма; въ то время какъ при послѣднемъ всегда еще находится слѣдъ отъ желѣзистой ткани, при микседемѣ всякій слѣдъ отъ эпителия подъ конецъ исчезаетъ. Если даже кретинизмъ и микседема сводятся къ одному и тому же патогенезу, то анатомическая разница и различное географическое положеніе говорятъ, что причины для нихъ различны.

*Д. И. Поляковъ.*

Dr. Folsom, Начальный стадій прогрессивнаго паралича (The early stage of general paralysis, 1889).

Авторъ описываетъ ранніе стадіи прогрессивнаго паралича, о которыхъ мало говоритъ литература и которые весьма рѣдко подпадаютъ наблюденію врача, въ особенности врача заведенія для душевно-больныхъ. Авторъ даетъ 17 случаевъ, весьма точно описываетъ ихъ и указываетъ въ особенности на симптомы, которые предшествовали тому моменту, который обыкновенно признается за начальный періодъ прогрессивнаго паралича. Для точной оцѣнки этихъ раннихъ и весьма нерѣзкихъ признаковъ необходимо крайне внимательное отношеніе къ каждому отдѣльному больному. Описание общаго состоянія психической сферы въ ранніе періоды или предшествующіе прогрессивному параличу исполнено авторомъ прекрасно. Наступленіе первыхъ признаковъ, указывающихъ на прогрессивный параличъ, тѣмъ легче замѣтить, чѣмъ выше развитіе больного,—тутъ имѣютъ значеніе не столько какіе-нибудь положительные признаки, сколько легкіе дефекты, пониженіе способностей, перемѣна характера, измѣненное отношеніе къ своимъ обязанностямъ. Всѣ эти признаки такъ неопредѣленны, что требуютъ крайняго вниманія и долгаго наблюденія, справокъ у окружающихъ и т. д. Больной продолжаетъ свое привычное дѣло почти безъ измѣненія, но попробуйте предложить ему новое дѣло и тутъ онъ выдастъ себя. Наступаютъ моменты какъ-бы отупѣнія, индифферентность, безпечность. Вниманіе, воспріятіе, сосредоточенность слегка затруднены, замѣчается недостатокъ инициативы. Трудъ или умственное напряженіе обусловливаютъ несоотвѣтственно сильное утомленіе. Больной легко возбудимъ и неравно реагируетъ, въ зависимости отъ минуты, на различные волнующіе его событія или вопросы. Больной недостаточно сдерживаетъ свои половые инстинкты, съ полнымъ равнодушіемъ относится къ своей апатіи и раздражительности, но затѣмъ неожиданно сознаетъ все это, видитъ себя въ настоящемъ свѣтѣ, хотя черезъ нѣсколько моментовъ поступаетъ снова такимъ-же образомъ. Часто замѣчаются легкія проявленія вазомоторныхъ церебральныхъ разстройствъ,—легкое утомленіе, которое обыкновенно приписываютъ то маляріи, то ревматизму,—различныхъ степеней исхуданіе,—ослабленіе физической силы, особенно въ ногахъ.—Всѣ эти симптомы не представляютъ ничего характернаго для прогрессивнаго паралича, такъ какъ они могутъ являться и при другихъ бо-

лѣзняхъ,—характернымъ здѣсь является однако одно: сочетание легкыхъ физическихъ разстройствъ съ легкими психическими разстройствами. Къ этому иногда присоединяются чувство полноты въ головѣ, головная боль, бессонница, разстройства рѣчи, замѣтныя только врачу, письмо проявляет аномаліи только при продолжительномъ писаньи. Аномаліи физическія и психическія идутъ параллельно и постепенно то усиливаясь, то ослабѣвая. Разстройства начинаются съ высшихъ психическихъ функцій, но затѣмъ переходятъ на болѣе простыя,—является слабая походка, запикающаяся рѣчь, слабость движеній и проч. Всѣ эти явленія наступаютъ обыкновенно у людей зрѣлаго возраста, безъ нерво-патологической наслѣдственности и предрасположенія. Если всѣ вышеуказанныя явленія развиваются у человѣка 40 лѣтъ, то обуславливаютъ очень сомнительное предсказаніе,—если-же они являются у человѣка за 60 л., то исходъ болѣзни вовсе не такъ безнадеженъ. Обыкновенно при прогрессивномъ параличѣ получается только частичное поправленіе, да и то далеко не всегда,—авторъ однако полагаетъ, что это улучшеніе могло бы быть гораздо чаще и даже могло бы быть полное выздоровленіе, если бы леченіе производилось своевременно и въ надлежащій срокъ. Очень часто больные, замѣтивъ улучшеніе, бросаютъ леченіе и принимаются за свои прежнія дѣла. По мнѣнію автора, особенный вредъ приносятъ больнымъ то, что врачи назначаютъ такимъ больнымъ развлеченіе и путешествіе,—напротивъ, въ это время самымъ лучшимъ терапевтическимъ средствомъ служить физическій и умственный покой, успокаивающій климатъ, простая пища, достаточный сонъ, умѣренныя движенія и проч.

*К. Н. Ковалевская.*

*Dr. Bancroft, Автоматическія мускулярныя движенія у душевнобольныхъ (Automatic muscular movements among the Insane, Journal of Psychology, 1890, 4).*

Чѣмъ выше животное по развитію его центральной нервной системы и слѣдовательно душевной дѣятельности, тѣмъ разностороннѣе и разнообразнѣе его движенія. Это однако вовсе не значитъ, что бы эти движенія были многочисленнѣе, такъ какъ у взрослого человѣка, при достаточномъ развитіи его задерживающихъ центровъ, они могутъ быть очень сильно сдерживаемы. Лучшимъ выразителемъ вліянія центральной нервной системы на мускульную служитъ выраженіе лица, такъ какъ повторность однихъ и тѣхъ же движеній производитъ въ мускулахъ лица привычныя сокращенія и привыч-

ное автоматическое его выраженіе. Зависимость движеній отъ состоянія центральной системы особенно рѣзко проявляется у душевно больныхъ. Въ этомъ отношеніи таковую зависимость можно раздѣлить на три категоріи: 1, когда съ усиленіемъ умственной дѣятельности усиливается и количество движеній, какъ это бываетъ напр. у маниаковъ, въ начальномъ періодѣ прогрессивнаго паралича и проч.; 2, когда въ двигательной области наблюдается дефектъ, какъ напр. при различнаго рода слабоуміи,—и 3, когда клѣтки мозга проявляютъ наклонность къ автоматизму, какъ это бываетъ при различныхъ острыхъ и хроническихъ психозахъ. Эти автоматическія движенія, явившись первый разъ у больныхъ съ заторможенною мыслительною дѣятельностью, подъ вліяніемъ какого нибудь импульса, въ дальнѣйшемъ пріобрѣтаютъ наклонность и стремленіе къ многократному непрерывному повторенію. Поэтому должно въ самомъ началѣ заботиться о быстрѣйшемъ ихъ искорененіи. Всякое мускульное движеніе имѣетъ наклонность къ проявленію въ томъ направленіи, каковое представляетъ наименьшее сопротивленіе для его совершенія, а таковымъ направленіемъ будетъ то, которое уже разъ совершалось и въ данномъ случаѣ оно является повторнымъ. Вотъ почему при появленіи, напр., эпилепсін, должно заботиться о возможно скорѣйшемъ ея прекращеніи, дабы она не успѣла укорениться и превратиться въ автоматическое и привычное движеніе. Точно также авторъ рекомендуетъ принимать надлежащія мѣры противъ автоматическихъ движеній при кататоніи и ступорозной меланхоліи. Укоренившіяся стереотипныя движенія даютъ при данныхъ заболѣваніяхъ дурное предсказаніе. Авторъ обращаетъ также вниманіе на особый родъ мускульной аналгезіи, наблюдаемой при продолжительныхъ движеніяхъ.

*К. Н. Ковалевская.*

Prof. Wyom Bramwell, Случай общаго паралича, излеченный антисифилитическимъ леченіемъ (Case of general paralysis cured by antisyphilitic treatment, Edinburg Journal in clinic. medic., 1890).

Авторъ описываетъ случай прогрессивнаго паралича специфическаго происхожденія, въ которомъ одно только примѣненное противосифилитическое леченіе не дало надлежащихъ результатовъ,—но комбинированное съ отвлеченіемъ на голову, оно дало блестящіе результаты.

*А. П. Драгомановъ.*

**Dr. Bissel.** Два случая эпилептиформных конвульсий въ раннемъ возрастѣ (Two cases of epileptiform convulsions in early infancy, The Journal of nervous and mental diseases, 1891, 3).

Авторъ описываетъ два случая эпилептическихъ судорогъ у дѣтей на седьмомъ днѣ по рожденіи,—случаи эти имѣютъ еще и тотъ интересъ, что въ обоихъ случаяхъ судороги проявлялись гемиплегически. Въ обоихъ случаяхъ судороги совпали съ поносомъ у дѣтей.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dr. Henry,** Случай микседематозной дистрофіи (A case of myxoedematic dystrophy, The Journal of nervous and mental disease, 1891, 8).

Авторъ описываетъ случай микседемы у одной женщины съ рѣзкою патологическою наслѣдственностью и личнымъ и семейнымъ предрасположеніемъ къ нервнымъ заболѣваніямъ.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dr. John Bullen,** Патологическая гистологія случая сифилитической эпилептической идиотии (The Journal of Mental Science, April, 1890),.

Больной, вскрытіе котораго послужило матеріаломъ для реферируемой статьи, представлялъ собой идиота низкаго типа; онъ совершенно не могъ произносить никакого членораздѣльнаго звука и почти совершенно былъ лишенъ разсудка; на лѣвой сторонѣ лба находилось замѣтное овальное углубленіе головно-мозгового футляра, около  $1\frac{1}{2}$  дюйма длины и до  $\frac{3}{4}$  д. ширины, продольная ось его расположена кверху и къ наружи; глубина въ центрѣ равнялась  $\frac{1}{4}$  д.; края рѣзко ограничены; на внѣшнемъ нижнемъ углу существовало отверстіе, выполненное гноемъ и флюктуировавшее синхронично съ пульсаціями сердца. а во время сна—лишь съ дыхательными движеніями. Подобное же вдавленіе, но менѣе распространенное, было расположено на верхушкѣ черепа, какъ разъ передъ *linea interauricularis* и немного влѣво отъ *sutura mediana*; это вдавленіе имѣло твердое, плотное дно и не представляло никакого проникающаго углубленія. Зубы были неправильно расположены, верхніе рѣзцы представляли типическую выемку; десны были губчаты и кровоточивы при малѣйшемъ надавливаніи, небо неправильно изогнуто, губы толсты и выворочены; кожные покровы всего тѣла имѣли особый мѣлный цвѣтъ. Лѣвая верхняя конечность представляла контрактуры, въ виду пригибаній пальцевъ къ ладони, кисти къ предплечію и въ незначительной степени въ локтѣ; прямое положеніе тѣла и движеніе было не возможно, такъ какъ правая нижняя конечность была парализована и контрактурована, представляя нѣкоторую степень аміотрофіи. Припадки начались съ трехлѣтняго возраста; они происходили три-четыре раза въ недѣлю въ теченіе перваго года; во время ихъ наступали сильныя судороги всѣхъ членовъ. Случайно было замѣчено, что во время припадка изъ лобнаго вдавленія сочится кровь. Въ теченіе послѣднихъ двѣнадцати мѣсяцевъ припадки становились

все чаще и чаще, отъ одного до трехъ или четырехъ въ 24 часа; подъ конецъ обѣ нижнія конечности были контрактурированы. Главный интересъ аутопсии сосредоточивается на содержимомъ черепной полости. Черепъ представляетъ выше середины орбитальнаго края лѣвой лобной кости неправильной формы отверстіе около  $1\frac{1}{4}$  дюйм. длины и  $\frac{1}{2}$  д. ширины. У зазубренныхъ его краевъ имѣется отложение новой кости, сросшееся съ подлежащей *dura*, другой поясъ костнаго новообразованія расположенъ на лѣвой сторонѣ на  $\frac{1}{2}$  дюймовомъ разстояніи отъ *sutura sagittalis*, задній край его расположенъ на разстояніи 2 д., а передній— $\frac{3}{4}$  д. отъ *sutura coronaria*, форма его лицевидная. *Dura mater*, образующая дно апертуръ лобной кости значительно утолщена и шереховата. *Sinus longitudinalis superior* пустъ и суженъ. Мякія оболочки утолщены, вслѣдствіе экссудации, вездѣ за исключеніемъ затылочной области; имѣются также небольшія отложения по ходу большей части сосудовъ лобно-теменныхъ областей, базальные сосуды также значительно утолщены. *Pia*, покрывающая *lamina perforata ant.*, приползната большой овоидной опухолью, величиной въ большой грецкій орѣхъ. Вѣсъ мозга 1,355 граммовъ. Количество серозной жидкости, выпущенной изъ только что описанной опухоли, равно 14 унціямъ; по выходѣ ея органъ сталъ спавшимся и весьма мягкимъ. На извѣстныхъ мѣстахъ поверхности головного мозга, сниманіе оболочекъ оставляетъ ясно замѣченныя эрозіи корки, сходныя съ находящимися при общемъ параличѣ, хотя и не столь глубокія. На правой сторонѣ вся *durus angularis*, съ примыкающей частью супрамаргинальной и заднимъ концомъ первой височно-стенопальной извилинѣ, атрофирована, сморщена и склерозирована, не представляя размягченія, ни поверхностнаго, ни глубокаго. Корка нѣсколько желтоватаго цвѣта. *Corpus callosum* значительно утончено и размягчено. Базальные узлы представляются значительно сплавленными. Оба *corpora striata* представляются овальной формы, поясы вдавлений на вентрикулярной сторонѣ въ мѣстѣ соединенія головы съ хвостомъ. Вѣсь правый *cornu Ammonii* представляетъ крайнюю хрящевую плотность и гибкость, лѣвый лишь слегка уплотненъ. *Ependyma* боковыхъ и четвертаго желудочковъ весьма зерниста. Микроскопическое изслѣдованіе моторной области показало присутствіе въ различныхъ ея частяхъ окрашенныхъ элементовъ, какъ нервныхъ, такъ и нейрогліиныхъ. Значительное число грушевидныхъ клѣтокъ третьяго слоя представляютъ ясно выраженную вакуоляцію, какъ ядра, такъ и протоплазмы; въ особенности это явленіе преобладаетъ въ ядрахъ, въ которыхъ можно видѣть всѣ стадіи этого патологическаго процесса. Многія изъ гангліозныхъ тѣлъ округлены, вздуты, зернисты, нныя изъ нихъ содержатъ чрезвычайно большія ядра, въ другихъ же ядра отсутствуютъ; въ нѣкоторыхъ—находятся большія пигментированныя скопленія, обуславливающія значительную выпуклость клѣтокъ, а мѣстами и разрывы съ выходомъ пигментной массы. Вакуоляція существуетъ также и въ клѣткахъ второго слоя, преобладаая и здѣсь въ ядрахъ. Что касается лобной доли, то разрѣзы, проведенные чрезъ части первой и второй лобныхъ извилинъ, лежащихъ надъ апертурой лобной кости, обнаружили нормальную структуру. Корка первой лобной извилины также изобилуетъ пигментированными элементами, распределенными иррегулярно. Наиболѣе вы-



дающіяся измѣненія сосредоточиваются здѣсь въ грушевидныхъ клѣткахъ третьяго слоя, большая часть которыхъ сморщена, меньшая же—наоборотъ, взлута и шаровидна. Нѣкоторые измѣненія существуютъ также и въ другихъ нервно-клѣточныхъ слояхъ, хотя не такъ замѣтныя и не такъ генерализованныя. При всемъ этомъ въ мозгу существуетъ масса капилляровъ, илущихъ по трактамъ ядерныхъ клѣтокъ, равно какъ и масса новообразованныхъ сосудовъ. Пораженіе затылочной области представляетъ собой обыкновенный склерозъ. *Cogni Ammoni* представляетъ въ слѣбъ большихъ пирамидальныхъ клѣтокъ значительное увеличеніе ядерныхъ элементовъ, какъ периееллюлярныхъ, такъ и свободно расположенныхъ въ нейроглии. На мѣстахъ дефектовъ въ *cogni striata* замѣнены дегенеративныя участки, съ перерожденіемъ медуллярныхъ волоконъ и утолщеніемъ стѣнокъ многочисленныхъ сосудовъ.

А. П. Драголановъ.

**Dr. Zacher,** О двухъ случаяхъ остраго паралича (*Ueber zwei Falle von acuter Paralyse* (Neurologisches Centralblatt. 1891).

Въ этой статьѣ авторъ описываетъ два случая остраго прогрессивнаго паралича, бывшихъ подлѣ его наблюденіемъ; оба случая имѣли очень острое и бурное теченіе и скоро окончились летально, такъ что это дало возможность автору произвести макроскопическое и микроскопическое изслѣдованіе. На основаніи полученныхъ имъ патологоанатомическихъ данныхъ, онъ вторично защищаетъ взглядъ, высказанный имъ на берлинскомъ конгрессѣ, что въ основаніи паралича не всегда лежитъ интерстиціальныи энцефалитъ, какъ это высказалъ Mendel, а иногда и паренхиматозныи. Въ первомъ случаѣ дѣло идетъ объ одномъ ротмистрѣ, при заболѣваніи имѣвшемъ 48 лѣтъ отъ роду; о предыдущей жизни больного удалось узнать только немногое. Онъ происходилъ изъ семьи, въ которой уже были случаи душевнаго заболѣванія, и самъ онъ, будучи интеллигентнымъ и добродушнымъ господиномъ, вмѣстѣ съ тѣмъ былъ весьма вспыльчивъ и горячъ. Кромѣ нервнаго заболѣванія, случившагося послѣ компаніи 1870 года, какъ говоритъ больной, онъ ничѣмъ не страдалъ и вообще отличался хорошимъ здоровьемъ; страдалъ ли онъ раньше сифилисомъ, не удалось выяснить; около 6 лѣтъ онъ женатъ, но дѣтей нѣтъ и не было. Лѣтомъ 1889 года, вслѣдствіе обхода въ наградахъ по службѣ, онъ испыталъ много непріятностей и волненій; съ этого времени онъ былъ почти всегда разстроеныи, раздражителенъ и задумчивъ, но исполнялъ вполне правильно свои служебныя обязанности почти до половины ноября мѣсяца. Около этого времени у него развилось сильное меланхолическое настроеніе духа, безсонница, беспокойство и все это быстро усиливалось; вмѣстѣ съ тѣмъ появились жалобы на сильную головную боль, на чувство оглушенія и оупненія въ черепѣ, начали появляться различныя бредовыя идеи съ меланхолическимъ оттѣнкомъ, страхъ и самообвиненіе самаго разнообразнаго свойства; скоро потомъ онъ началъ плохо ѣсть, часто высказывалъ боязнъ лишиться разсудка, иногда приходилъ въ безпокойное настроеніе духа и много разъ дѣлалъ попытки на самоубійство; вслѣдствіе этого 3 декабря онъ былъ доставленъ въ лѣчебницу. При своемъ поступленіи онъ ясно производилъ впечатлѣніе тяжело больного челоука; лицо его было сильно красное,

глаза блестящіе, выражение лица печальное; въ мимикѣ и во всѣхъ его поступкахъ замѣтна была безпомощность; ходилъ онъ взадъ и впередъ, какъ будто побуждаемый какимъ то внутреннимъ безпокойствомъ, и часто громко стоналъ, по временамъ хватаясь за свою голову; на вопросы давалъ тихіе, медленные и короткіе отвѣты, изъ которыхъ можно было заключить, что у него сильныя головныя боли и что онъ постоянно мучится неприятными, страшными мыслями. Физически больной представлялъ довольно крѣпкаго, хорошо упитаннаго субъекта и никакихъ паралитическихъ явленій или какихъ-либо другихъ соматическихъ ненормальностей не замѣчалось; зрачки были нѣсколько сужены, но въ то-же время подвижны; со стороны лица и рѣчи также не было замѣтно ничего ненормальнаго. На слѣдующій день послѣ поступленія возбужденіе больного значительно усилилось; онъ постоянно плакалъ, стоналъ, жаловался на сильныя головныя боли и на чувство оглушенія, просилъ врача или служителя дать ему револьверъ, чтобы покончить съ собой и избавиться отъ невыносимаго состоянія, причемъ онъ почти безпрестанно бѣгалъ по комнатѣ, ломалъ руки, рвалъ на себѣ волосы и т. д. Послѣ такого возбужденія онъ на короткое время нѣсколько успокаивался и въ это время высказывалъ различныя меланхолическія идеи съ самообвиненіемъ: «весь міръ погибъ; всѣ люди умерли и только онъ одинъ виновникъ всего этого, онъ самый скверный человѣкъ» и т. д.; въ это время наступало весьма тоскливое настроеніе духа, его сознаніе казалось болѣе или менѣе помраченнымъ и онъ старался удариться головой объ стѣну, бросался на полъ, громко кричалъ и т. д.; послѣ такихъ приступовъ возбужденія больной лежалъ нѣкоторое время въ изнеможеніи спокойно, но скоро снова впадалъ въ прежнее возбужденіе; иногда наступало скоро проходящее ступорозное состояніе съ явленіями конгестіи и очень частымъ и слабымъ пульсомъ. На 5-й день пребыванія его въ лѣчебницѣ возбужденіе достигло наивысшаго напряженія; онъ кричалъ буквально по цѣлымъ часамъ, бросался туда и сюда, такъ что его пришлось держать цѣлый день въ мокрыхъ простыняхъ; сознаніе его было сильно помрачено и онъ постоянно бредилъ. Между тѣмъ какъ въ предыдущіе дни, въ болѣе спокойные моменты можно было давать ему пищу, въ этотъ день никакъ нельзя было этого сдѣлать, такъ какъ онъ все и всѣхъ отталкивалъ отъ себя и стискивалъ зубы. Не смотря на digitalis пульсъ былъ 120—130 ударовъ въ минуту; температура на ощупь была ясно повышена, но произвести измѣреніе ея по причинѣ сильнаго безпокойства было невозможно. Въ слѣдующіе дни больной находился попеременно въ сноподобномъ, доходящемъ до ступорозности, состояніи съ отрывочнымъ, безсвязнымъ бредомъ, и въ сильномъ возбужденіи, что выражалось въ столахъ, крикахъ, въ внезапныхъ и быстрыхъ вскакиваньяхъ, въ бѣганіи по комнатѣ и въ конвульсивныхъ движеніяхъ. Иногда бывали небольшіе свѣтлые промежутки и тогда больной спрашивалъ о лѣвушкахъ, которыя прыгали въ волю, о солдатахъ, которые стрѣляли и т. д., но не сознавалъ однако окружающей его обстановки: слова были отрывисты, при возбужденіи часто нѣсколько неотчетливы, но безъ всякихъ другихъ нарушеній въ произношеніи. По всему тѣлу то здѣсь, то тамъ появлялись фибриллярныя подергиванья, а также

и общее мышечное беспокойство; активныя движенія были не тверды, дрожащи и пателлярный рефлексъ повышенъ; сверхъ того появлялась рефлекторная оцѣпенѣлость и замѣтное спастическое сопротивленіе, лишь только дотрогивались до больного или желали произвести у него пассивныя движенія; вслѣдствіе этого только съ большимъ трудомъ удавалось вливать ему жидкую пищу, такъ какъ при малѣйшей попыткѣ онъ судорожно закрывалъ ротъ и стискивалъ зубы. Пульсъ былъ по прежнему слабъ, 140 ударовъ въ минуту, а температура доходила до 40°. На 8-й день больной слѣдился нѣсколько спокойнѣе и производилъ впечатлѣніе какъ бы грезящаго во снѣ чловѣка; на время удавалось вывести его изъ этого состоянія, но скоро онъ снова впадалъ въ прежнее полусознательное, сонливое состояніе; мышечное беспокойство усилилось и появились частыя и сильныя подергиванія; рѣзче выраженные въ правой половинѣ лица и въ правой верхней конечности; также значительно усилилась рефлекторная возбудимость; параличей и теперь не замѣчалось; больной сильно исхудалъ, ослабѣлъ и слѣдился цѣанотиченъ; на слѣдующій день слабость еще больше усилилась, появившійся еще раньше *decubitus* теперь значительно увеличился, температура поднялась до 40,7, пульсъ до 160 ударовъ и, наконецъ, съ 9-го на 10-й день своего пребывания въ лечебницѣ больной умеръ, при явленіяхъ сильно выраженного маразма.

Вскрытіе, произведенное черезъ 13 часовъ послѣ смерти, дало слѣдующее: швы черепа сглажены; въ области лобной кости находится сращеніе твердой мозговой оболочки съ внутренней поверхностью черепа; вѣсъ мозга 1220 грм., изъ которыхъ 170 грм. приходилось на долю малаго мозга; мягкая мозговая оболочка сильно наполнена кровью и молочно помутнена; большая часть артерій основанія мозга представляетъ атероматозное измѣненіе ихъ стѣнокъ. Соотвѣтственно обѣимъ прямымъ извилинамъ находится сращеніе мягкой мозговой оболочки съ поверхностью мозга, между тѣмъ какъ въ другихъ мѣстахъ *pia mater* отдѣляется легко; по снятіи оболочекъ мозга на мѣстахъ сращеній, т. е. въ области прямыхъ извилинъ и лобной доли замѣчается фіолетовое окрашиваніе корки мозга; въ остальномъ извилины мозга не представляются измѣненными и не сглажены; на фронтальныхъ разрѣзахъ корка мозга является узкой; окрашиваніе ея темное, мѣстами фіолетоваго цвѣта. Бѣлое вещество мозга, какъ и большіе мозговые узлы, всѣ безъ изъятія богаты кровью и на разрѣзахъ видны поперечные разрѣзы сосудовъ. Въ боковыхъ желудочкахъ находится мутная серозная жидкость; *ependima* ясно гранулирована; вещество мозга нѣсколько мягко и вязко. Малай мозгъ, *pons Varolii*, *medula oblongata* и спинной мозгъ кромѣ гипереміи сѣраго вещества, макроскопически ничего особеннаго не представляетъ. Сердце дряблѣе, расширенное; *art. pulmonalis* представляетъ атероматозное измѣненіе; въ другихъ органахъ ничего особеннаго не обнаружено. Микроскопическое изслѣдованіе мозга обнаружило слѣдующее: въ прямыхъ извилинахъ на препаратахъ можно было ясно видѣть распространенное и довольно сильно выраженное исчезновеніе нервныхъ волоконъ, и это исчезновеніе распространялось на круговыя, поперечно проходящія и радиарныя волокна корки, и въ меньшей степени на бѣлое вещество мозга. Это исчезновеніе

волоконъ замѣтно и въ переднихъ отѣлахъ мозга, только здѣсь это не такъ рѣзко выражено, какъ въ прямой извилинѣ, а далѣе кзади исчезаніе волоконъ все болѣе уменьшалось и въ передней центральной извилинѣ едва удавалось констатировать его. Въ области прямой извилины въ сосудистыхъ стѣнкахъ мелкихъ и мельчайшихъ артерій можно было распознать размноженіе кѣтокъ и ядеръ и кромѣ того мѣстами находилась довольно значительная инфильтрація круглокѣточными элементами сосудистыхъ влагалищъ и въ дѣствіе этого суженіе просвѣта сосудовъ. Венозные сосуды были также сильно наполнены кровью и въ ихъ влагалищахъ и стѣнкахъ также находились скопленія кругло-кѣточныхъ элементовъ. Въ разныхъ мѣстахъ мозговой ткани вблизи отъ сосудовъ находились мелкія экстравазаты; въ коркѣ черезъ всю толщину ея замѣтно было сильное развитіе паукообразныхъ кѣтокъ; глія безъ измѣненій; гангліозныя кѣтки болѣею частью хорошо развиты, хотя въ нѣкоторыхъ кѣткахъ рѣзче выступало ядро или болѣе рѣзкая пигментація. На срединныхъ разрѣзахъ II-й долевой извилины эти измѣненія въ сосудахъ не такъ сильно выражены, хотя и здѣсь возможно констатировать сильную, преимущественно венозную, гиперемію; и здѣсь въ ткани мозга, преимущественно вблизи сосудовъ, въ сильно расширенныхъ периваскулярныхъ пространствахъ находились круглыя кѣтки; гангліозныя кѣтки и здѣсь нормальны. Въ переднихъ центральныхъ извилинахъ можно было еще видѣть, хотя и незначительныя измѣненія сосудовъ, между тѣмъ какъ въ I-й затылочной извилинѣ эти измѣненія совершенно отсутствовали. Микроскопическое изслѣдованіе сердечной мышцы, какъ и различныхъ участковъ мускуловъ туловища и конечностей не дало ни жирового, ни восковиднаго перерожденія.

Во второмъ случаѣ дѣло идетъ о мужчинѣ, по занятію писарѣ, при своемъ заболѣваніи имѣвшемъ 31 годъ, не имѣвшемъ, по его словамъ, наследственнаго предрасположенія и вѣдшемъ всегда правильный образъ жизни. Кромѣ перелома ноги у него до этого не было никакихъ болѣзней и въ особенности сифилиса. Дѣломъ 1889 года, вслѣдствіе денежныхъ потерь, ему пришлось пережить много непріятностей, а въ августѣ того же года его окружающимъ бросилось въ глаза сильное исхуданіе безъ того однако, чтобы онъ когда-либо предъявлялъ какія-либо жалобы на болѣзнь. Сначала въ сентябрѣ мѣсяцѣ началъ онъ жаловаться на головныя боли, мѣшавшія ему мыслить, онъ сѣлся тихъ, скромнъ и по временамъ обнаруживалъ идеи съ меланхолическимъ оттѣнкомъ. Это депрессивное настроеніе духа мало по малу все усиливалось и скоро къ этому присоединились илюзіи и галлюцинаціи. Въ дальнѣйшемъ теченіи наступило интеркуррирующее ступорозное состояніе, въ теченіе котораго онъ по долгу лежалъ неподвижно какъ бы въ оцѣпененіи и упорно отказывался отъ всего, сильно стискивалъ зубы при попыткѣ дать ему пищу, скрежеталъ зубами и т. д. Между тѣмъ въ это время онъ имѣлъ нѣсколько свѣтлыхъ фазъ, въ теченіе которыхъ меланхолическія идеи, что міръ погибъ и во всѣхъ бѣдствіяхъ міра онъ виновникъ, что жандармы хотѣли его взять“ и т. д., совершенно его оставляли. Затѣмъ въ концѣ октября безъ всякихъ предвѣстниковъ наступило два эпилептиформенныхъ приступа съ потерей сознанія; вслѣдствіе этого

3-го ноября онъ былъ доставленъ въ лѣчебницу. При своемъ поступленіи онъ представлялъ маленькаго, худого и блѣднаго на видъ субъекта. Черепъ и лицо въ значительной степени были асимметричны; лѣвый зрачекъ шире праваго и неподвиженъ; разницы обѣихъ половинъ лица въ отношеніи нарушенія иннерваціи не было замѣтно; онъ какъ будто на все окружающее не обращалъ ни малѣйшаго вниманія и не реагировалъ на внѣшнія впечатлѣнія. Въ лечебницѣ въ первый день своего пребыванія онъ обнаруживалъ тѣже поступки, какъ и раньше: онъ спалъ обыкновенно въ постели на корточкахъ съ оцѣпенѣлымъ, боязливымъ выраженіемъ лица, ни о чемъ не заботился, совершенно индифферентно относился ко всему вокругъ него происходящему, оказывалъ сильное сопротивленіе, если къ нему подходили и желали что-либо съ нимъ сдѣлать, такъ что только съ большимъ трудомъ и послѣ сильныхъ дозъ морфія удавалось давать ему пищу. По временамъ онъ высказывалъ, какъ будто во снѣ, отдѣльные отрывистыя фразы депрессивнаго характера: «желѣзная дорога не будетъ больше возить, люди не будутъ больше ѣсть, онъ провинился» и т. д. Время отъ времени, подъ вліяніемъ приступовъ сильнѣйшаго страха, онъ совершенно неожиданно съ безумнымъ выраженіемъ лица вскакивалъ съ постели крича, что его хотятъ схватить и сжечь. Подъ вліяніемъ большихъ дозъ морфія онъ дѣлался спокойнѣе и тогда посредствомъ катетера удавалось выпускать мочу, которую онъ постоянно задерживалъ; въ это же время возможно было производить объективное изслѣдованіе, которое въ легкихъ обнаружило ослабленіе, а мѣстами даже отсутствіе дыхательнаго шума. Моторныхъ или чувствительныхъ параличей не было; пателлярный рефлексъ оказался слегка повышеннымъ; температура колебалась между 38,6° и 39,5°; пульсъ былъ слабъ, 130 ударовъ въ минуту. Вышеописанное состояніе больного продолжалось также и въ послѣдующіе дни; онъ по прежнему лежалъ въ постели въ сноподобномъ, оцѣпенѣломъ состояніи, по временамъ произнося отдѣльныя меланхолическія слова и фразы, сопротивляясь и крича отъ ужаса и страха, отказываясь отъ пищи и т. д. 12-го ноября больной сдѣлался спокойнѣе, проявлялъ собой очень печальный видъ; худой, слабый, съ частымъ и слабымъ пульсомъ, а иногда почти безъ пульса, съ температурой въ 36,8° больной мало по малу впалъ въ сопорозное состояніе и на слѣдующій день умеръ.

Вскрытіе, произведенное 8 часовъ спустя послѣ смерти, дало слѣдующее; черепная покрывка асимметрична; сильная гиперемія твердой и мягкой мозговой оболочки; послѣдняя надъ лобной долей мозга, надъ высшей частью центральной извилины и надъ верхней темянной долей съ обѣихъ сторонъ помутнена, сѣраго и сѣропато-краснаго цвѣта и слегка отечно пропитана. Въ правомъ полушаріи эти измѣненія выражены сильнѣе, чѣмъ въ лѣвомъ. Pia mater на основаніи мозга безъ измѣненій; на стѣнкахъ артерій основанія мозга мѣстами замѣтны бѣловатыя пятна. Вѣсъ мозга 1310 грм., изъ котораго на долю малаго мозга приходилось 170 грм. Мягкая мозговая оболочка вездѣ отдѣлялась легко и безъ нарушенія цѣлости мозговой ткани; извилины мозга хорошо развиты; корка мозга розово окрашена; правый боковой желудочекъ, въ особенности въ заднемъ его отдѣлѣ, значительно расширенъ, а лѣвый

меньше; въ томъ и другомъ желудочкѣ еpendima мѣстами гранулирована. На фронтальныхъ разрѣзахъ корка и большіе мозговые узлы оказались очень богаты кровью и синевато-краснаго цвѣта, а въ бѣломъ веществѣ мозга замѣтны точечныя кровоизліянія. На мозговой коркѣ уже макроскопически можно видѣть довольно много сосудовъ; еpendima IV-го желудочка ясно гранулирована. Pons Varolii, medula oblongata и спинной мозгъ, кромѣ значительнаго обилія крови въ свѣромъ веществѣ, макроскопически ничего ненормальнаго не представляютъ. Остальное вскрытіе дало старый гнойный, правосторонній плевритъ съ жесткой, кожистой плеврой. Микроскопическое изслѣдованіе дало въ области прямой извилины и въ самыхъ переднихъ отдѣлахъ лобныхъ извилинъ сильное и довольно распространенное исчезновеніе нервныхъ волоконъ круговыхъ, косыхъ и радиарныхъ, и при томъ не только въ коркѣ, но и въ бѣлой субстанціи мозга, но при этомъ чѣмъ ближе къ поверхности корки, тѣмъ сильнѣе выражено это исчезновеніе, а чѣмъ глубже,—тѣмъ слабѣе; область распространенія этого исчезновенія волоконъ та же, что и въ первомъ случаѣ, такъ что въ этомъ отношеніи между первымъ и вторымъ случаемъ разницы не замѣчалось; на оборотъ, измѣненія сосудовъ и интерстиціальной ткани въ соответственныхъ мѣстахъ въ этомъ случаѣ были выражены сильнѣе какъ по распространенности, такъ и по интенсивности; увеличенное количество пауковидныхъ клѣтокъ въ этомъ случаѣ занимало большее протяженіе и онѣ образовали цѣлыя непрерывныя сѣти; ганглиозныя клѣтки и затѣ въ общемъ были нормальны, но отдѣльныя изъ нихъ даже на одномъ и томъ же препаратѣ являлись патологически измѣненными. Въ значительно расширенныхъ периваскулярныхъ пространствахъ находилось обильное количество круглыхъ клѣтокъ. Исчезаніе волоконъ и измѣненіе сосудовъ въ этомъ случаѣ пошло глубже и шире.

Разсматривая клиническіе симптомы обоихъ случаевъ, авторъ склоненъ былъ бы первый случай принять за delirium, а второй за острый прогрессивный параличъ; но патолого-анатомическое изслѣдованіе показало, что затѣ было два совершенно одинаковыхъ процесса, и если первый случай и проявился въ нѣсколько отличной отъ второго клинической картинѣ, если въ немъ не проявилось никакихъ паралитическихъ явленій, то это зависѣло отъ весьма быстро наступившаго летальнаго исхода, когда параличи еще не успѣли развиться. На основаніи этого авторъ напоминаетъ взгляды Mendel'я и друг. высказывавшихъ, что delirium acutum не есть болѣзнь sui generis, что симптомокомплексъ, именуемый delirium acutum, можетъ являться при многихъ острыхъ душевныхъ заболѣваніяхъ и это всегда зависитъ отъ слишкомъ остро протекающаго процесса; второй выводъ тотъ, что существуютъ акутныя и перакутныя формы прогрессивнаго паралича, носящаго во все теченіе болѣзни исключительно депрессивный характеръ; третій выводъ тотъ, что не при всѣхъ акутно и перакутно протекающихъ случаяхъ паралича въ основаніи лежитъ интерстиціальный процессъ, интерстиціальный энцефалитъ, а что въ основаніи, быть можетъ, многихъ изъ нихъ, а въ данныхъ случаяхъ безъ сомнѣнія, лежитъ паренхиматозный энцефалитъ. Это положеніе авторъ высказываетъ на томъ основаніи, что въ обоихъ случаяхъ было найдено одинаково сильно выраженное исчез-

новеніе нервныхъ волоконъ, а между тѣмъ измѣненія сосудовъ и интерстиціальной ткани въ первомъ случаѣ были такъ незначительны, что сами по себѣ не могли вызвать этого исчезновенія, если бы даже допустить, что во второмъ случаѣ это обусловлено значительно сильнѣ развитымъ интерстиціальнымъ процессомъ; да-лѣе, гангліозныя кѣтки едва ли остались бы интактными при такого рода воспалительныхъ нарушеніяхъ питанія, какъ это случилось здѣсь. Болѣе слабо выраженные явленія со стороны сосудовъ и интерстиціальной ткани въ первомъ случаѣ авторъ объясняетъ слишкомъ скоро наступившимъ летальнымъ исходомъ, когда не успѣли еще развиться эти измѣненія въ достаточной мѣрѣ. Такимъ образомъ въ этихъ двухъ случаяхъ авторъ за основаніе патолого-анатомическаго процесса принимаетъ первично появившееся исчезаніе нервныхъ волоконъ мозговой ткани дегенеративно-атрофическаго характера, а явленія со стороны сосудовъ и интерстиціальной соединительной ткани признаетъ за вторичное, послѣдовательное явленіе. Во всѣхъ ли акутно и перакутно протекающихъ случаяхъ паралича имѣетъ мѣсто этотъ процессъ, а также во всѣхъ ли случаяхъ локалізація процесса такова, какъ она описана здѣсь—авторъ не рѣшается высказать, а надѣется, что дальнѣйшія, болѣе широкія изслѣдованія, выяснятъ этотъ вопросъ.

*Д. Н. Поляковъ.*

**Dr. Stern.** О состояніи вѣса тѣла при различныхъ психозахъ (*Ueber das Verhältniss des Körpergewichts bei einer Anzahl von Psychosen*, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 47 B., H. 5).

При душевныхъ заболѣваніяхъ очень часто вѣсъ тѣла служитъ выраженіемъ состоянія душевной жизни и часто съ пониженіемъ послѣдняго падаетъ и первый. Однако должно замѣтить, что вѣсъ тѣла зависитъ отъ многихъ факторовъ организма, почему параллель вѣса тѣла съ состояніемъ душевной дѣятельности проводить не всегда возможно. Авторъ полагаетъ, что при длительныхъ психозахъ сначала вѣсъ тѣла падаетъ, затѣмъ же, спустя нѣкоторое время, онъ начинаетъ повышаться,—но это повышение происходитъ не отъ улучшенія болѣзни, а отъ приспособленія организма къ патологическому процессу, происходящему въ немъ. При этомъ происходятъ какъ бы гипертрофія ассимиляціи. Если у душевнобольныхъ нѣтъ никакихъ органическихъ поражений, если имъ дается достаточное количество качественно-годной пищи, то всѣ душевно больные, за исключеніемъ паралитиковъ, рано или поздно увеличиваются въ вѣсѣ. Рано увеличиваются въ вѣсѣ тѣ больные, которые одновременно начинаютъ и выздоравливать,—однако и позднее увеличеніе вѣса тѣла не говоритъ еще противъ выздоровленія. Бываютъ случаи, когда самое слабое улучшеніе даетъ организму толчекъ къ прибавленію въ вѣсѣ и хотя въ дальнѣйшемъ психическое улуч-

шеніе и не продолжается, тѣмъ не менѣе вѣсъ тѣла продолжается увеличиваться. Въ этихъ случаяхъ порождается ошибочная надежда на выздоровленіе, которое еще долго не является. Бываютъ случаи, когда организмъ въ вѣсѣ поправляется и даже сильно увеличивается, между тѣмъ выздоровленіе не только не наступаетъ, а болѣзнь переходитъ въ слабоуміе. Это явленіе авторъ объясняетъ быстрымъ приспособленіемъ организма къ патологическому процессу. Очень часто на увеличеніе вѣса тѣла вліяетъ улучшенный жизненный режимъ заведенія. При изученіи вѣса тѣла подъ вліяніемъ приступовъ эпилепсін, авторъ находилъ, что послѣ первыхъ приступовъ, въ цѣломъ рядѣ таковыхъ, вѣсъ тѣла падалъ значительно, — при послѣдующихъ же приступахъ паденіе вѣса тѣла было очень ничтожное. Разумѣется, вѣсъ тѣла, иногда рѣзко падающій послѣ отдѣльныхъ приступовъ эпилепсін, какъ напр. въ одномъ случаѣ автора на 4 ф., впоследствии опять выравнивается, такъ что въ концѣ концовъ эпилептики сохраняютъ тотъ же вѣсъ тѣла, каковой бываетъ у нихъ при поступленіи въ заведеніе. При періодическихъ кратковременныхъ психозахъ послѣ каждого приступа всегда наступаетъ паденіе вѣса тѣла, при чемъ важно то, что это паденіе наступаетъ очень быстро и величина паденія находится въ прямомъ соотвѣтствіи съ силою приступа. Нужно однако добавить, что, послѣ такого быстрого и сильнаго паденія, и повышеніе наступаетъ столь же быстро и рѣзко. Чѣмъ чаще повторяются приступы періодической маініи, тѣмъ глубже будетъ волна паденія кривой. При циркулирующемъ сумашествіи авторъ признаетъ трофонепрозъ.

*И. Я. Платоновъ.*

Dr. Hugo Gellhorn, Галлюцинаціи при паралитической деменціи (*Die Hallucinationen bei der Dementia paralytica*, 1890).

На основаніи разбора 32 такихъ случаевъ, авторъ приходитъ къ убѣжденію, что иллюзіи и галлюцинаціи при паралитической деменціи дѣйствительно существуютъ, но далеко не въ такихъ размѣрахъ, какъ это представляется при поверхностномъ наблюденіи, ибо часть изъ этихъ обмановъ чувствъ, принявшихся за галлюцинаціи, должна быть отнесена къ области иллюзіи, такъ напр. чувство беременности, если оно наступаетъ у душевно больныхъ, имѣющихъ отвислый животъ, прощупываемую опухоль въ животѣ, запоръ и проч. Другіе симптомы, похожіе на галлюцинаціи, нужно разсматривать



какъ слѣдствіе безумныхъ идей; такимъ образомъ часто считаютъ ипохондрическія идеи, какъ галлюцинаціи общаго чувства; также многія выраженія паралитиковъ сходятъ за обманы чувствъ, между тѣмъ какъ они находятся въ прямой зависимости отъ ихъ грандіозныхъ идей. Третій рядъ галлюцинацій ни что иное, какъ внѣшнее проявленіе сновъ у больныхъ, которые вслѣдствіе ихъ деменціи не могутъ отличить сновъ отъ дѣйствительности; наконецъ, смѣшиваніе лицъ часто принимается за иллюзіи и галлюцинаціи, но съ которыми это ничего общаго не имѣетъ; впрочемъ иногда это смѣшиваніе лицъ можетъ быть вызвано обманомъ чувствъ.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr. Peyser, Неполное половое совокупленіе и его послѣдствія (Der unvollständige Beischlaf und seine Folgen, 1890).**

Неполное половое совокупленіе, какъ предохранительное средство противъ беременности, извѣстно уже давно и практикуется въ широкихъ размѣрахъ и въ настоящее время. Тѣмъ не менѣе эту мѣру никакъ нельзя признать безразличною и безвредною, какъ для женщинъ, такъ и для мужчинъ. У женщинъ при этомъ появляются органическія пораженія преимущественно шейки матки,—а также различнаго рода нейрозы и истерія,—у мужчинъ же при такомъ способѣ половыхъ актовъ развивается нейрастенія. Разумѣется, это пораженіе нервной системы является преимущественно у людей съ наслѣдственнымъ нервнымъ патологическимъ предрасположеніемъ, а также при продолжительныхъ половыхъ и алкогольныхъ злоупотребленіяхъ, мѣстномъ страданіи половыхъ органовъ и проч.

*З. В. Гутниковъ.*

**Prof. Pick, О совмѣстномъ появленіи акромегаліи и душевнаго разстройства (Ueber das Zusammenvorkommen von Akromegalie und Geistesstörung. Prag. Med. Wochensch., 1890).**

Авторъ сообщаетъ случай параном у сороколѣтняго мужчины съ акромегаліей. Параномъ черезъ два мѣсяца была излѣчена, но больной чрезъ нѣсколько лѣтъ окончилъ жизнь самоубійствомъ. Братъ его страдалъ душевнымъ разстройствомъ, въ припадкѣ котораго также кончилъ жизнь самоубійствомъ; акромегаліи у него не было.

*П. П. Платоновъ.*

Dr. Schlöss, О передачѣ психозовъ (Ueber die Uebertragung von Psychosen, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1891, 2).

Передача психоза съ одного лица на другое можетъ совершаться при слѣдующихъ условіяхъ: 1) при существованіи врожденнаго или приобретеннаго психопатическаго предрасположенія; 2) въ силу присущаго человѣку стремленія къ подражанію и 3) вслѣдствіе симпатіи душъ, которая связываетъ заболѣвшаго переданнымъ психозомъ съ первымъ больнымъ. Для доказательства каждаго изъ этихъ положеній авторъ приводитъ много примѣровъ, собранныхъ въ литературѣ и случаяхъ, наблюдаемыхъ имъ самимъ. Наслѣдственное предрасположеніе состоитъ въ томъ, что человѣкъ рождается уже съ ненормальнымъ органическимъ свойствомъ мозга, на почвѣ котораго и могутъ развиваться тѣ или другія болѣзни; но не смотря на одинаковое наслѣдственное предрасположеніе у братьевъ и сестеръ, какого либо общаго правила для проявленія патологическаго состоянія нѣтъ. Euphrat приводитъ случаи одновременныхъ и одинаковаго характера психозовъ и другихъ болѣзней у близнецовъ. Въ одномъ случаѣ близнецы сестры, разлученныя другъ съ другомъ, заболѣли однимъ и тѣмъ-же душевнымъ разстройствомъ въ различное время. Schlöss въ своей статьѣ приводитъ случай заболѣванія психозомъ двухъ братьевъ подъ вліяніемъ незначительнаго душевнаго потрясенія. Стремленіе къ подражанію, присущее всему живому, также имѣетъ немалое значеніе при передачѣ психозовъ. Тамъ, гдѣ безумныя идеи появляются путемъ имплантациі, стремленіе къ подражанію выражается принятіемъ ихъ; но и при меланхоліи и маніи значительная роль падаетъ на долю подражанія. Горе о маниакальномъ состояніи дитяти вызываетъ у матери не меланхолію, а манію. Извѣстны случаи, гдѣ мужъ заболѣвалъ тѣмъ же самымъ психозомъ, какъ и его жена, при чемъ у перваго не было никакого предрасположенія. Это явленіе можно объяснить также духовной симпатіей заболѣвающихъ лицъ; уже и въ общественной жизни мы чувствуемъ больше влеченія къ тѣмъ лицамъ, которыя гармонируютъ съ нами въ склонностяхъ, темпераментѣ, идеяхъ и желаніяхъ; тѣмъ болѣе между кровными родственниками во многихъ случаяхъ духовное сродство настолько тѣсно, что передача нормальныхъ и болѣзненныхъ настроеній, жизненныхъ воззрѣній и взглядовъ происходитъ весьма легко.

Въ заключеніе статьи Schlöss подробно описываетъ два случая переданныхъ психозовъ. Въ первомъ болѣзнь передалась отъ одной дѣвушки на всѣхъ остальныхъ членовъ семейства, состоящаго изъ двухъ сестеръ, брата и отца. Всѣ заболѣли одной и той-же формой съ одинаковымъ содержаніемъ бредовыхъ идей, которыя носили характеръ преслѣдованія и религіозный; только у мужчинъ не было истерическихъ явленій, неизмѣнно появляющихся у женскихъ членовъ семьи. Интересно, что скорѣе всего и въ болѣе сильной степени заболѣвали тѣ лица, которыя чувствовали большую симпатію къ заболѣвшей сестрѣ. Всѣ были до заболѣванія въ высшей степени религіозны и сильно любили другъ друга; но не отличались нравственностью. Отецъ былъ потаторъ, двое изъ дочерей не задолго до заболѣванія родили незаконныхъ дѣтей. Послѣ родовъ одна изъ дочерей заболѣла психозомъ и подала поводъ къ заболѣванію всей семьи. Во второмъ случаѣ психозъ передался съ дочери къ матери. Въ семействѣ существовало тяжелое психопатическое предрасположеніе. Дочь послѣ нравственнаго потрясенія заболѣла душевнымъ разстройствомъ съ рѣзко выраженнымъ бредомъ преслѣдованія и отравленія. Мать принимала тотчасъ же всѣ безумныя идеи дочери, вліяніе которой было настолько сильно, что всѣ поступки, мысли, настроеніе духа, желанія, симпатіи и антипатіи матери носили характеръ подражанія. Какъ только онѣ были разлучены вліяніе дочери прекратилось и мать выздоровѣла.

II. П. Платовъ.

Dr. Merklin, Подкожное впрыскиваніе раствора поваренной соли при коллапсѣ отъ воздержанія въ остромъ психозѣ (Subcutane Infusion von Kochsalzlösung beim Collapsus nach Abstinenz in acuter Psychose, Centralblatt für Psychiatrie und Nervenheilkunde, 1891, 3).

Извѣстны факты, когда, при коллапсѣ, введеніе въ организмъ раствора поваренной соли поднимало жизнедѣятельность организма и спасало больныхъ отъ рокового исхода. Введеніе раствора производится или зондомъ, или *per anum*. Но бываютъ случаи, особенно у душевно-больныхъ, когда ни первый, ни второй способы не примѣнимы,—тогда можно прибѣгнуть къ подкожнымъ впрыскиваніямъ даннаго раствора. Въ практикѣ съ душевно больными, такіе случаи коллапса очень нерѣдки,—и вотъ авторъ примѣнилъ подкожное впрыскиваніе раствора поваренной соли при инаниціонномъ остромъ психозѣ съ благоприятнымъ успѣхомъ и рекомендуетъ примѣнять

этотъ приемъ и въ другихъ подобныхъ случаяхъ, какъ напр. при *delirium acutum*.

*Н. И. Музыкъ.*

**Dr. Zagari, Объ измѣненіяхъ въ зрительныхъ буграхъ при прогрессивномъ параличѣ** (*Ueber Veränderungen im Seehügel bei progressiver Paralyse. Neurologisches Centralblatt. 1891*).

Клиническіе симптомы, которые составляютъ сущность болѣзни прогрессивнаго паралича и значеніе которыхъ всегда занимало нейропатологовъ, состоятъ какъ извѣстно изъ двухъ группъ. Психическіе симптомы, также какъ и нѣкоторые изъ соматическихъ, напр. моторныя нарушенія—представляютъ симптомы общаго заболѣванія и по причинѣ ихъ медленнаго появленія и медленнаго прогрессирования показываютъ, что въ мозгу въ такихъ случаяхъ имѣетъ мѣсто диффузный, чрезвычайно хроническій, процессъ. Другіе симптомы,—какъ афазическія нарушенія, моноплегическіе и гемиплегическіе параличи, нарушенія чувствительности,—которые наступаютъ быстро и часто быстро же исчезаютъ, указываютъ, напротивъ, на то, что въ мозгу въ такихъ случаяхъ развивается ограниченное пораженіе, какъ это бываетъ при кровоизліяніи въ мозгъ, при эмболии и проч. И дѣйствительно приходится наблюдать, что хроническая болѣзнь вслѣдствіе наступленія такихъ припадковъ вдругъ принимала очень тяжелый характеръ и оканчивалась смертію. Анатомическія измѣненія, которыя принимаютъ за основаніе симптомовъ общаго заболѣванія, были предметомъ научныхъ занятій многихъ изслѣдователей и теперь мы можемъ сказать, что они намъ достаточно извѣстны. Но если сдѣлались извѣстными патологоанатомическія измѣненія, которыя составляютъ субстратъ острыхъ очаговыхъ симптомовъ, то этимъ мы обязаны Lissauer'у. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наблюдались острые, очаговые симптомы, Lissauer находилъ дегенерацію зрительныхъ бугровъ въ видѣ очаговъ, гдѣ же такихъ острыхъ симптомовъ не было, не было и дегенераціи зрительныхъ бугровъ; на основаніи такихъ наблюденій онъ не сомнѣвается, что между клиническими очаговыми симптомами и измѣненіями зрительныхъ бугровъ существуетъ прямая зависимость. Кромѣ того Lissauer предполагаетъ, что эта дегенерація зрительныхъ бугровъ есть вторичный процессъ, а первичный находится въ мозговой коркѣ, но въ ней, при настоящихъ способахъ изслѣдованія, эти измѣненія не всегда удается найти. Эта интересная работа Lissauer'а побудила Zagari изслѣдовать, можно ли и во всѣхъ другихъ случаяхъ прог-

рессивнаго паралича обнаружить измѣненія, найденныя Lissauer'омъ въ его 9 случаяхъ и дѣйствительно ли находится зависимость между патологическимъ измѣненіемъ въ зрительныхъ буграхъ и клиническими симптомами. Для этой цѣли Zagari воспользовался 5-ю мозгами паралитиковъ, предоставленными ему проф. Mendel'емъ. Въ зрительныхъ буграхъ, уплотненныхъ въ растворѣ хромовой соли, Zagari на разрѣзахъ не могъ замѣтить никакой разницы въ сравненіи съ здоровой тканью ни въ отношеніи окраски, ни въ отношеніи консистенціи; при микроскопическомъ же изслѣдованіи разрѣзовъ авторъ видѣлъ, что вмѣсто нервныхъ волоконъ мозга, находились веретенообразныя, овальныя, звѣздчатыя клѣтки и нѣжная грануляціонная основная субстанція, довольно сильно окрашенныя мѣста, состоящія изъ плотной компактной ткани, такія мѣста на однихъ препаратахъ занимали все пространство и въ этомъ случаѣ были видны простымъ глазомъ, при внимательномъ изслѣдованіи можно было видѣть, что въ уплотненіи участвовала преимущественно основная ткань и клѣтки здѣсь были болѣе мелки и часто совсѣмъ отсутствовали; во всякомъ случаѣ были въ менѣе значительномъ числѣ, чѣмъ онѣ встрѣчались въ нормальной ткани; нервныя волокна были ясно поражены и подверглись распаду; эти мѣста дегенеративнаго процесса не имѣли опредѣленной величины и формы; величина ихъ была въ 2—3 до 5—6 ст. въ поперечникѣ и одни изъ нихъ были круглой, другіе неправильной формы; они не рѣзко отграничены отъ сосѣдней здоровой ткани, а мало по малу переходятъ въ нее, эти измѣненія чаще встрѣчались въ правомъ зрительномъ бугрѣ, но были также и въ лѣвомъ; чаще они встрѣчались въ переднемъ отдѣлѣ, и въ случаяхъ наиболѣе тяжелыхъ передніе отдѣлы зрительныхъ бугровъ были поражены наиболѣе сильно. Если процессъ очень сильно распространялся, то можно было найти очаги въ *corpora ragiata*, но ни разу въ *corpora striata*. Для выясненія зависимости между очаговыми симптомами и патологоанатомическими измѣненіями зрительныхъ бугровъ Zagari рассмотрѣлъ исторіи болѣзни изслѣдованныхъ имъ случаевъ и, сопоставивъ съ патологоанатомическими данными, нашелъ: въ первомъ случаѣ дегенерацію въ переднемъ отрѣзкѣ лѣваго зрительнаго бугра и во всемъ правомъ и рядъ острыхъ очаговыхъ симптомовъ при жизни; во второмъ дегенеративныя пятна въ переднемъ отдѣлѣ лѣваго Thalami и ничего въ правомъ и при жизни одинъ припадокъ; въ третьемъ

было нарушение въ обоихъ зрительныхъ буграхъ и при жизни одинъ припадокъ; въ четвертомъ ни дегенерации зрительныхъ бугровъ, ни припадка не было; въ пятомъ были маленькіе очаги спереди лѣваго Thalami, но ни одного припадка. Очевидно, что первые 4 случая подтверждаютъ эту зависимость, но 5-й случай противорѣчитъ ей; изъ всего этого Zagagi выводитъ, что Thalami optici часто служатъ мѣстомъ измѣненій при прогрессивномъ параличѣ, но относительно зависимости между острыми симптомами и очаговыми измѣненіями онъ не можетъ высказаться такъ категорически, какъ это сдѣлалъ Lissauer.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Lissauer, Измѣненія зрительныхъ бугровъ при прогрессивномъ параличѣ (Seehügelveränderungen bei progressiver Paralyse. Neurologisches Centralblatt. 1891).

Авторъ этой статьи, желая выяснитъ, не бываетъ ли въ мозгу паралитиковъ очаговыхъ поражений, которые могли бы служить патологоанатомической основой для наблюдающихся при прогрессивномъ параличѣ очаговыхъ симптомовъ, сдѣлалъ изслѣдованія въ этомъ направленіи и въ 9 случаяхъ ему удалось обнаружить измѣненія Thalami optici; на свѣжихъ мозгахъ онъ нашелъ частичное, очаговое поражение Thalami и его общее уменьшеніе; на уплотненныхъ въ Мюллеровской жидкости препаратахъ при разрѣзахъ макроскопически эти очаги отличались отъ здоровой ткани болѣе свѣтлой окраской, болѣе мягкой консистенціей, ноздреватостью, зернистостью или затвердѣніемъ. Микроскопически эти измѣненія выразились исчезаніемъ гангліозныхъ клѣтокъ, распадомъ нервныхъ волоконъ и сильнымъ развитіемъ промежуточной ткани, содержащей много веретенообразныхъ клѣтокъ и ядеръ. Такое очаговое поражение въ 7 случаяхъ распространялось на заднюю половину Thalami, Pulvinaris, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ былъ пораженъ дегенерацией также Gangl. geniculatum intern., между тѣмъ какъ Gangl. geniculatum extern. всегда былъ нормаленъ; всегда оставались нетронутыми также regio subthalamica, четверохолмія, мозговая ножка и покрывка. Относительно зависимости между патологоанатомическими измѣненіями, найденными въ этихъ случаяхъ авторомъ, и клиническими явленіями Lissauer замѣтилъ слѣдующее: во всѣхъ 9 случаяхъ при жизни наблюдались болѣе или менѣе распространенные очаговые симптомы, которые всегда наступали остро подъ видомъ парали-

тического припадка; въ 7 случаяхъ клиническія явленія были одностороннія, и въ этихъ случаяхъ была односторонняя дегенерація зрительныхъ бугровъ и находилась на противоположной сторонѣ; въ 2 случаяхъ клиническіе симптомы были двухсторонніе и дегенераціей были поражены оба зрительныхъ бугра,—эту дегенерацію зрительныхъ бугровъ Lissauer не считаетъ за первичный процессъ, а за вторичный; онъ думаетъ, что въ такихъ случаяхъ существуютъ очаги (въ нѣкоторыхъ случаяхъ ему, дѣйствительно, удавалось открывать ихъ при болѣе точномъ изслѣдованіи), расположенные ближе къ центру; такъ, въ одномъ случаѣ автору пришлось наблюдать эмболическое размягченіе почти цѣлой лучистой короны полушарія и сильно выраженную вторичную дегенерацію всего зрительнаго бугра и corporis geniculati. Въ отношеніи зависимости между появленіемъ очаговыхъ поражений Thalami и клиническими припадками Lissauer допускаетъ, что не каждый паралитическій припадокъ оставляетъ по себѣ дегенерацію въ зрительномъ бугрѣ; онъ предполагаетъ, что симптомы чувствительные и чувствующие оставляютъ слѣды въ заднемъ отдѣлѣ зрительныхъ бугровъ, относительно же локализациі моторныхъ симптомовъ автору не удалось выяснитъ ничего опредѣленнаго. Продолжительность и сила клиническихъ явленій не имѣла замѣтнаго вліянія на степень дегенераціи, такъ какъ и продолжительныя, и скоропроходящія клиническія явленія могутъ оставлять по себѣ замѣтныя измѣненія.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Burckhardt. Объ эксцизіяхъ мозговой коры, какъ дополнение къ оперативной терапіи психозовъ (Ueber Rindenexcisionen, als Beitrag zur operativen Therapie der Psychosen, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. 1891).

Въ своей статьѣ авторъ говоритъ о хирургическомъ вмѣшательствѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда психозы неизлечимы, причемъ прибавляетъ, что ни одинъ изъ оперированныхъ случаевъ не былъ травматическаго происхожденія. Показанія въ такого рода операціяхъ основываются частью на экспериментальныхъ и клиническихъ случаяхъ послѣднихъ годовъ, частью же на теоретическихъ соображеніяхъ. *Наблюденіе первое.* Пациентка съ безпокойной деменціей, дѣющейся 16 лѣтъ, съ рѣзко выраженными внезапными аффектами и опасными импульсивными поступками. Четыре операціи. Результатъ—довольно долгое спокойствіе. Въ данномъ случаѣ имѣется два главныхъ симптома, именно измѣнчивость въ настроеніи духа и проявленіе аффектовъ съ быстрымъ переходомъ ихъ въ соотвѣтствующіе данному настроенію поступки. Такимъ образомъ, возникаетъ вопросъ, нельзя ли, во первыхъ, удалить изъ мозга вызывающій это состояніе элементъ, для того, чтобы изъ

безпокойнаго паціента сдѣлать спокойнаго и, во вторыхъ, гдѣ локализируется этотъ элементъ. Разсматривая второй вопросъ, авторъ приходитъ къ заключенію, что въ данномъ случаѣ поражены источники, изъ которыхъ получаютъ раздраженіе моторныя пути; затѣмъ поражены аперцепціонныя пути, которые регулируютъ и руковолятъ первыми и, наконецъ, идеогенныя, имѣющіе связь съ функцией рѣчи, пути. Если у паціента возникаетъ возбужденіе и импульсивность вслѣдствіе того, что въ моторныя области проникаютъ изъ сенсорныхъ раздраженія, ненормально интенсивныя по числу, силѣ и качеству, то улучшения можно достигнуть только путемъ введенія между ними новыхъ препятствій. Собственно говоря, есть еще другой исходъ, который состоитъ въ томъ, что можно было бы удалить соотвѣтственные моторныя или же сенсорныя области, но, разумѣется, такая операція по своей обширности немыслима. Поэтому совершенно достаточно, по мнѣнію автора, если будетъ удалена съ обѣихъ сторонъ полоса корковой субстанции позади моторной области, при чемъ будетъ какъ бы проведена межа, простирающаяся въ височную долю. Этимъ авторъ надѣется достигнуть нарушенія цѣлости ассоціаціонныхъ путей между областями чувства зрѣнія и слуха съ одной стороны и моторной областью мускулатуры съ другой стороны. Первая операція была произведена 29 декабря 1888 года. Было рѣшено удалить полосу приблизительно въ 2 сант. шириной, изъ боковой части верхней темянной доли и медиальной части *Gyrus supramarginalis*. Послѣ того, какъ посредствомъ трепанации былъ обнаженъ мозгъ, затѣмъ перевязаны артеріи и вены *Pia* и произведенъ продольный разрѣзъ ея, *Pia* была отдѣлена пинцетомъ отъ мозга и послѣ всего этого острой ложечкой удалена часть подлежащей корки. Много времени заняла остановка кровотеченія. Рана была очищена, *Pia* положена на мѣсто. Дуга, на сколько возможно, сшита кетгут-омъ, и наконецъ кожа головы соединена посредствомъ швовъ изъ серебряной проволоки и шелка. Дренажъ. Антисептическая повязка. Операція длилась 4 часа. Заживленіе раны произошло *per primam*. 6 января больная покинула постель. За это время она была спокойна, имѣла менѣе лихій видъ, при приближеніи къ ей постели ограничивалась однимъ бурчаніемъ, или обращалась къ служанкѣ исполнѣ обыкновеннымъ тономъ. Походка больной немного невѣрная, но всѣ движенія свободны. Больная ходитъ подъ себя, но это она дѣлаетъ уже много лѣтъ. Въ своемъ поведеніи она значительно спокойнѣе, хотя передъ тѣмъ, какъ лечь спать, она бьетъ окружающихъ ногами. Съ 8 января стала замѣтна въ верхней и нижней лѣвыхъ конечностяхъ неловкость, которая 9 числа перешла въ параличъ руки и ясно выраженную слабость ноги. Чувство осязанія и болевое чувство также понижены. Въ ногѣ при уколѣ чувствуется боль. Общее состояніе хорошее, лихорадки нѣтъ. Черезъ двѣ недѣли возстановилось осязаніе подъ влияніемъ фарадизаціи, а еще черезъ недѣлю и движеніе. Эти моторныя и чувствительныя разстройства авторъ приписываетъ или образованію воспалительнаго фокуса около одной изъ лигатуръ, или же вторичному кровоизліянію. Въ концѣ февраля больная представляетъ слѣдующее: сонъ тихій, поведеніе болѣе спокойное. Моторныя явленія ограничиваются ударами кулака или ноги. Припадки гнѣва продолжаются и выражаются, главнымъ образомъ, въ ругатель-



ствахъ. Пациентка галлюцинируетъ, приходитъ въ ярость и жестикудируетъ, повторяя тѣ движенія, которыя Fergieг получалъ при электрическомъ раздраженіи *Sugi angularis*. Это явленіе было выражено очень ясно; поэтому авторъ рѣшается итти дальше и проникнуть въ височную долю. Эта вторая операція была произведена 8 марта 1889 года. Вскорѣ послѣ операціи всѣмъ бросилась въ глаза рѣзко выраженная веселость въ настроеніи духа больной. Во всемъ же остальномъ какихъ-либо другихъ измѣненій не произошло. Обыкновенно больная оставалась совершенно спокойной и только очень рѣдко приходила въ возбужденное состояніе. Чувствительныхъ и двигательныхъ разстройствъ послѣ операціи не послѣдовало. 29 мая было приступлено къ третьей операціи, посредствомъ которой была удалена полоса корки лѣвой темной доли. Послѣдствіемъ операціи было то, что больная въ общемъ слѣдалась еще спокойнѣе, галлюцинаціи слуха и зрѣнія прекратились, сонъ былъ спокойный. Иногда, не смотря на деменцію, она дѣлала довольно правильныя заключенія; но рѣчь оставалась таже, хотя количество неправоуныхъ словъ уменьшилось. Поэтому авторъ пришелъ къ заключенію, что необходимо приступить къ операціи въ области моторныхъ центровъ рѣчи. 12 февраля 1890 года было приступлено къ четвертой операціи, посредствомъ которой была удалена латеральная часть извилины Вгоса. Эта послѣдняя операція достигла наконецъ своего назначенія: больная совершенно успокоилась и, что самое главное, потокъ неумолкаемой рѣчи и бранныхъ словъ, наконецъ, изсякъ. Деменція, разумѣется, не прошла, но за то не оставалось рѣшительно ничего изъ того, что было прежде. *Наблюденіе второе.* Первичная деменція съ острымъ началомъ 8 лѣтъ тому назадъ, можетъ быть, на специфической почвѣ бреда грандіозности и вторичныхъ бредовыхъ идей преслѣдованія съ внезапно наступающими оборонительными дѣйствіями. Галлюцинаціи слуха (слышитъ голоса). Дѣло имѣется, слѣдовательно, съ опаснымъ для окружающихъ больнымъ, вслѣдствіе того, что у него все еще продолжается раздраженное состояніе. Здѣсь, какъ и въ первомъ случаѣ, задача сводится къ нарушенію сообщенія между вызывающими раздраженіе частями мозга и производящими ихъ. Поэтому была произведена эксцизія мозговой корки на первой и второй лѣвыхъ лобныхъ извилинахъ, причемъ былъ найденъ рѣзко выраженный лептоменингитъ. Исходъ операціи—замѣтное успокоеніе. *Наблюденіе третье.* Острое первичное помѣшательство съ превалированіемъ галлюцинацій слуха—пассивный бредъ преслѣдованія. Оборонительныя дѣйствія. Черезъ 2 года переходъ въ безпокойную деменцію, причемъ галлюцинаціи продолжаютъ. Эксцизія въ области коркового вещества слухового воспріятія рѣчи. Исходъ—значительное улучшеніе, которое, главнымъ образомъ, заключалось въ уменьшеніи галлюцинацій. Нѣсколько мѣсяцевъ спустя больная начала приходитъ опять въ возбужденное состояніе, такъ что авторъ приступилъ ко второй операціи. Опять значительное улучшеніе. Вскорѣ больную нашли утонувшей въ рѣкѣ; вопросъ, окончила ли больная жизнь самоубійствомъ, или смерть произошла случайно, остался невыясненнымъ. *Наблюденіе четвертое.* Хроническое помѣшательство, начавшееся уже много лѣтъ тому назадъ, послѣдовавшее послѣ истерическихъ припадковъ и угрожавшее перейти, вслѣдствіе галлюцинацій слуха, въ по-

стоянно возбужденное состояніе. Эта форма принадлежит къ разряду тѣхъ психозовъ, при которыхъ обыкновенно послѣ начального стадія разыгрывается острое галлюцинаторное помѣшательство съ явленіями конгестіи, которое не смотря ни на какое леченіе, скоро переходитъ въ деменцію. Больной, вслѣдствіе постоянныхъ галлюцинацій, опасенъ для окружающихъ и нуждается въ строгомъ присмотрѣ, или же долженъ быть совершенно изолированъ. Операция была произведена на Верниковской извилинѣ, причемъ вѣсь удаленнаго мозгового вещества равнялся 2,80. Послѣдствіемъ операции было то, что больной совершенно успокоился, хотя у него иногда бывали галлюцинаціи. Деменція осталась, но, повидимому, не только не увеличилась, а даже скорѣе уменьшилась. *Наблюденіе пятое.* Хроническая параноя съ большимъ количествомъ галлюцинацій слуха, причемъ бываютъ также галлюцинаціи зрѣнія и другихъ органовъ. Переходъ въ деменцію. Первая операция заключалась въ эксцизии коркового вещества акустической области, вторая въ эксцизии коркового вещества моторной области рѣчи, причемъ былъ найденъ лептоменингитъ. Исходъ—успокоеніе и уменьшеніе галлюцинацій, также какъ и болтливости. *Наблюденіе шестое.* Рѣзко выраженное наследственное предрасположеніе. Первичное помѣшательство съ развитіемъ галлюцинацій слуха (слышитъ голоса). Все болѣе обостряющееся теченіе; опасныя оборонительныя дѣйствія. Эксцизии коркового вещества въ области центра слуховаго воспріятія рѣчи первой и второй височной извилины, причемъ найдено рѣзко выраженное размягченіе мозга и сильное развитіе венъ въ Сильвиевой бороздѣ. Исходъ—совершенная глухота, атактическая афазія и окончательное прекращеніе галлюцинацій. На 4-й день послѣ операции появленіе конвульсій, на 6-й смерть. Вскрытіе показало, что смерть наступила вслѣдствіе паралича церебральныхъ сосудовъ.—Опираясь на вышеописанные случаи, авторъ приходитъ къ заключенію, что врачи имѣютъ полное право прибѣгать къ оперативному вмѣшательству съ цѣлью удаленія коркового вещества, которое можно рассматривать какъ причину психоза, а также разрушать сообщенія между различными частями мозга, обусловливающими существенную часть болѣзненныхъ симптомовъ. Въ концѣ концовъ возникаетъ вопросъ, стоитъ ли подвергать жизнь больныхъ опасности, которая безъ сомнѣнія сопряжена съ подобными операциями, чтобы добиться вышеописанныхъ исходовъ. Какъ ни скромны, по мнѣнію автора, полученные имъ результаты, все таки они представляютъ въ сравненіи съ безнадежнымъ положеніемъ больныхъ извѣстный шагъ впередъ. Въ первомъ, второмъ, четвертомъ и пятомъ случаѣ авторъ смотритъ на операцию, какъ на единственный способъ леченія, которымъ можно чего нибудь достигнуть. Во второмъ случаѣ было достигнуто частичное улучшеніе, но этотъ случай въ смыслѣ леченія никоимъ образомъ нельзя считать законченнымъ.

*В. К. Дидрихсонъ.*

**Dr. Büttner, O prokursivной эпилепсiи и значеніе явленія бѣга (Ueber Epilepsia procursiva u. d. Bedeutung d. Laufphänomens, Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, 1890.**

Недавно французскіе авторы обратили вниманіе на довольно рѣдкую форму эпилепсiи, которая была описывалась

старыми авторами подъ названіемъ «*Epilepsia procursiva*», за тѣмъ смѣшиваема съ другими нейрозами, главнымъ образомъ съ хореей, истеріей, трясучими параличами и описываема подъ названіемъ *Chorea festinans*, *Chorea procursiva*, *rotatoria*, *circumambulatoria*, *saltatoria*, *impulsions systématisées* и пр.; въ послѣднее же время эта форма была совершенно забыта. Авторъ приводитъ въ хронологическомъ порядкѣ появлявшіяся описанія этой формы и, на основаніи этихъ описаній, онъ рисуетъ ея картину слѣдующимъ образомъ: *Epilepsia procursiva* есть форма эпилепсін, въ которой стадій тоническихъ и клоническихъ судорогъ отчасти или совершенно замѣняется припадкомъ бѣга или по прямой линіи, или же описываніемъ круговъ, съ продолжительностью обыкновеннаго припадка, большею частью безъ паденія и коматознаго состоянія, но съ рѣзко выраженной конгестіей лица. *Epilepsia procursiva* есть болѣзнь преимущественно юношескаго возраста и можетъ переходить въ обыкновенную эпилепсію. Предсказаніе при ней крайне неблагоприятно и она часто сочетается съ нравственнымъ помѣшательствомъ; наконецъ, она обусловливается поврежденіемъ мозга, по всей вѣроятности, склерозомъ мозжечка и появляется въ слѣдующихъ формахъ: 1) *Epilepsia procursiva* въ настоящемъ смыслѣ, — бѣгъ замѣняетъ періодъ судорогъ; 2. *Epilepsia cum aura procursiva*, при которой въ началѣ болѣзни бывають только припадки бѣга, въ дальнѣйшемъ же теченіи эти припадки предшествуютъ обыкновенному эпилептическому припадку судорогъ и затѣмъ совершенно исчезаютъ; 3. Эпилепсія съ бѣгомъ послѣ припадка (*Epilepsia postprocursiva*) и 4. *Vertiges procursifs*.

Между такъ наз. насильственными движеніями, возникающими при нарушеніяхъ цѣлости разныхъ частей мозга и явленіемъ бѣга при эпилепсін та разница, что при второмъ теряется сознаніе и припоминаніе. Автору удалось констатировать только потерю припоминанія, такъ какъ, по его мнѣнію, нѣтъ доказательствъ для потери сознанія. Формулируя всѣ данныя, полученныя при изслѣдованіи явленій прокурсивной эпилепсін, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1. Явленіе бѣга не есть насильственное движеніе, но произвольное; затѣмъ оно не есть эпилептическая координированная судорога, но психически эпилептической эквивалентъ; 2. *Epilepsia procursiva* ни анатомически, и ни прогностически не можетъ быть разсматриваема какъ особенная

форма эпилепсін. Специфическій признак ея припадковъ имѣетъ такое же значеніе, какъ и извѣстные автоматизмы при легкой формѣ эпилепсін. Такъ какъ больные во время припадковъ не всегда бѣгутъ по прямой линіи и впередъ, а иногда описываютъ круги, движутся назадъ и т. под., то, по мнѣнію автора, болѣе подходящее названіе для прокурсивной эпилепсін—*epilepsia cursoria*.

*В. К. Дидрихсонъ.*

*Dr. Merklin, Обь отжищеніяхъ насильственныхъ представлений къ параною (Ueber die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1890).*

Подъ насильственными представленіями авторъ понимаетъ такія, которыя занимаютъ противъ воли больного первое мѣсто въ сознаніи, настолько фиксированы, что отъ нихъ нельзя отдѣлаться, нарушающія правильный ходъ представлений и, наконецъ, признаваемые самими больными ненормальными и чуждыми его психическаго міра. Въ пользу перехода насильственныхъ представлений въ параною высказались такіе ученые, какъ Meunert, Krafft-Ebing, Schüle <sup>1)</sup> и др. Авторъ настоящей статьи также наблюдалъ случаи, гдѣ, послѣ долго продолжавшихся и рѣзко выраженныхъ психозовъ, характеризовавшихся насильственными представленіями, возникла параноя.

Вообще Dr. Мерклинъ того мнѣнія, что переходъ насильственныхъ представлений въ параною слѣдуетъ считать скорѣе рѣдкимъ, чѣмъ частымъ явленіемъ, и что этотъ переходъ возможенъ также часто и въ другіе психозы, какъ напримѣръ въ меланхолію и разныя формы сумашествія. Далѣе авторъ переходитъ къ разбору вопроса относительно роли насильственныхъ представлений въ различнаго рода типическихъ случаяхъ паранои и особенно касается вопроса, возможенъ ли переходъ насильственныхъ представлений въ бредовыя идеи и на оборотъ. Большею частью бываетъ трудно прослѣдить самое возникновеніе паранои, но относительно тѣхъ немногихъ случаевъ, которые удалось наблюдать съ самаго начала, авторы приходятъ къ одинаковому заключенію, что къ первымъ болѣзненнымъ представленіямъ, которыя возникаютъ въ сознаніи параноиковъ, эти послѣдніе относятся совершенно иначе, чѣмъ къ послѣдующимъ. Въ началѣ эти представленія

<sup>1)</sup> Въ русской литературѣ переходъ насильственныхъ представлений въ параною указанъ уже давно проф. Ковалевскимъ и его учениками (реф.).

кажутся чѣмъ то новымъ, гнетущимъ, ихъ сознаніе не тотчасъ ассимилируется, но подвергается какъ бы предварительному контролю; впоследствии же теряется возможность этого контроля и получаютъ фиксированныя бредовыя идеи. Иногда случается, что только въ дальнѣйшемъ теченіи параной возникаютъ насильственные представленія.

*В. К. Дидрихсонъ.*

**Prof. Hammond, Астазія и абазія.** (*Astasia and abasia, with the presentation of case, Medical Record, 28 février, 1891, p. 261.*)

Женщина безъ нервной, наслѣдственности и безъ предшествовавшей истеріи, хотя имѣвшая нѣсколько приступовъ скоро проходящей афоніи, подверглась очень характерному заболѣванію. Въ постелѣ она можетъ производить всевозможныя движенія, но при ходьбѣ отбрасываетъ правую ногу впередъ, а лѣвую волочить сзади. Когда ее просятъ ступить сначала правой ногой, то все ея тѣло поворачивается вокругъ ноги, какъ вокругъ оси, и больная падаетъ на землю. Сидя или лежа она можетъ нормально двигать обѣими ногами, но все таки употребляетъ большее усиліе при движеніи правой конечностью. Рефлексы, чувствительность, электрическая реакція нормальны. При ходьбѣ на четверенькахъ замѣчаются тѣ же симптомы. Авторъ предполагаетъ, что это страданіе принадлежитъ къ такъ называемой астазіи-абазіи, описанной Влоцк'омъ, — но онъ думаетъ, что послѣ сообщенія Влоцк'а опубликовано всего только три случая подобнаго рода, тогда какъ Кагенъ въ своей работѣ говоритъ о томъ, что наблюдалъ до 40 подобныхъ заболѣваній. По Hammond'у, здѣсь дѣло идетъ о потерѣ мышечнаго чувства, хотя тогда не выясняется, почему мышечное чувство, потерянное для нормальной ходьбы, существуетъ для движеній другого рода.

*М. Н. Поповъ.*

## С М Ъ С Ъ.

\* Съ удовольствіемъ мы прочитали (Врачъ, 1891) о назначеніи въ Дерпт профессоромъ психіатріи приватъ-доцента Петербургскаго университета В. Ф. Чижа. Нѣтъ слова, предшественникъ доктора Чижа, проф. Kröpelin, пользуется именемъ серьезнаго ученаго въ области нашей специальности, но и почтенный товарищъ немало потрудился на томъ же поприщѣ. Отъ души привѣствуемъ назначеніе профессоромъ русскаго ученаго въ *Императорскій* Дерптскій университетъ и искренно желаемъ, чтобы и на другія вакантныя профессорскія мѣста въ *Императорскомъ* Дерптскомъ университетѣ назначаемы были русскіе ученые, которыхъ у насъ вовсе не такъ мало, чтобы нужно было дѣлать позанимствованія изъ заграницы.

\* На второмъ конгрессѣ французскихъ психіатровъ, имѣющемъ состояться въ Ліонѣ въ августѣ 1891 года, будутъ сдѣланы сообщенія: *Brun*, Роль алкоголизма въ этиологіи прогрессивнаго паралича, — *Contagne*, Законная отвѣтственность у душевно-больныхъ, — *Lacour*, Призрѣніе эпилептиковъ (*Journal des connaissances medical.*, № 10).

\* Судебно-медицинское общество въ Нью-Йоркѣ, интересуясь вопросомъ о гипнотизмѣ, разослало всѣмъ извѣстнымъ ему ученымъ нижеслѣдующій циркуляръ, въ которомъ оно высказываетъ рядъ положеній и вопросъ, желая получить отвѣтъ или мнѣніе по каждому или по любому изъ нихъ отъ всѣхъ лицъ, занимавшихся вопросомъ о гипнотизмѣ. Публикуя этотъ циркуляръ, редакция „Архива психіатріи“ предлагаетъ лицамъ, желающимъ дать свое мнѣніе на вопросы циркуляра, направлять свои письма въ редакцію „Архива“.

„Литература этого вопроса достигла значительныхъ размѣровъ и въ настоящее время набралось болѣе тысячи работъ. Число почтенныхъ изслѣдователей увеличивается. Вырванный изъ рукъ личностей, цѣли и методы которыхъ дискредитировали его, гипнотизмъ теперь изучается членами всѣхъ ученыхъ профессій; онъ тѣсно связанъ съ вопросами, естественными хранителями которыхъ являются ученые. Мы имѣемъ право считать установленными слѣдующіе факты:

1. Гипнозъ, или искусственный каталептический сонъ, есть субъективное явленіе. Въ этомъ современная наука соглашается съ стариннымъ месмеризмомъ, съ теоріей теченій, исходящихъ отъ внушителя. Гипнозъ можетъ быть самовнушенъ посредствомъ одного ожиданія и надежды на появленіе его, посредствомъ страха, религіознаго экстаза, или какаго-либо другого очаровывающаго вліянія.

2. Гипнозъ самъ по себѣ не есть болѣзнь. Непротическое состояніе предрасполагаетъ къ каталептическому сну, но и силь-

нѣйшіе умы были покоряемы и подчиняемы ему. Записанныя видѣнія составляютъ книгу раскрытую въ теченіе столѣтій.

3. Гипнозъ имѣетъ три степени: летаргію, сомнамбулизмъ и каталепсію. Переходъ изъ одной степени въ другую можетъ быть мгновеннымъ. Субъекты, особенно чувствительные, вслѣдствіе упражненія, впадаютъ непосредственно во вторую степень гипноза.

4. Гипнотизмъ оказываетъ услуги въ медицинской и хирургической практикѣ, какъ терапевтическій агентъ, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ какъ дѣйствительное и безопасное болеутоляющее средство.

5. Обманчивыя впечатлѣнія, создаваемыя посредствомъ гипноза, могутъ быть употреблены съ цѣлью господства и насилія надъ послѣдующими поступками субъекта. Представляются слѣдующіе судебные вопросы: 1) искалъ-ли гипнотизируемый гипнотизера, или этотъ послѣдній старался пріобрѣсти власть надъ первымъ; 2) имѣются-ли надлежащіе свидѣтели; 3) исключены-ли возможные элементы ошибки, какъ: самообманъ, симуляція, или злой умыселъ; 4) можетъ-ли гипнозъ служить законнымъ предметомъ слѣдствія; 5) требуется-ли измѣненіе закона объ очевидности въ виду извращеній зрительныхъ и другихъ, создаваемыхъ гипнозомъ; 6) желателенъ-ли пересмотръ и дополненіе свода законовъ въ виду вышеуказанныхъ фактовъ. Наконецъ, необходимы-ли законы и надзоръ за частными и публичными представленіями.

Коммисія приметъ съ благодарностью сообщеніе возрѣній на тотъ или другой изъ этихъ вопросовъ, а также какіе-либо совѣты по отношенію къ способамъ изслѣдованій этихъ, установленныхъ коммисіей, вопросовъ.

\* 15 апрѣля въ Иркутскѣ произошелъ пожаръ въ женскомъ отдѣленіи дома умалишенныхъ. При выводѣ больныхъ изъ отдѣленія, двѣ слабоумныя оказали очень энергичное сопротивленіе подачѣ помощи,—несчастныхъ жертвъ однако не было. Причину пожара врачъ, завѣдующій отдѣленіемъ, докторъ Брянецъ, усматриваетъ въ поджогѣ зданія, произведенномъ одною больною, страдавшею нравственнымъ помѣшательствомъ.

### Реданціей получены слѣдующія книги:

*Dr Targovla*, Essai sur les fibres nerveuses intracorticales du cerveau dans la paralysie generale et dans la demence, 1890.—*Proceedings of the Society for the Study of Jnebriety*, 1890, 26.—*Prof. Suckling*, On the treatment of disease of the Nervous System, 1890.—*Prof. Ball*, Leçons sur les maladies mentales, 1890.—*Dr Giovannangelo Limoncelli*, Parere freniatico sul defunto senatore Antonio Ranieri, 1890.—*Dr Lorenz*, Ueber Status epilepticus, 1890.—*Dr Domenico Ventra e Rodrigo Fonda*, Infezioni sottocutanee di succo dei testicoli di mammiferi nella terapia delle malattie mentali.—*Prof. Leonardo Bianchi*, La responsabilita nell'isterismo, 1890.—*Prof. Morselli*, Contributo critico-sperimentale alla fisiopsicologia della suggestione, 1890.—*Prof. G. A. Sacharjn*, Klinische Abhandlungen, 1890.—*Проф. Г. А. Захарынкъ*, Клиническія лекціи, вып. 2.—*Д-ръ Дмитріевъ*, Матеріалы къ вопросу о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ легкихъ при брюшномъ тифѣ.—*Д-ръ Модестовъ*, Внутригортное распыленіе, какъ

способъ введенія гѣварствъ въ организмъ, 1888.—Д-ръ А. Успенскій, О вліяніи перевязки ductus trochaeici на химическій и морфологическій составъ крови, 1888.—Д-ръ Е. Маковецкій, Къ вопросу о гнойныхъ скопленіяхъ фаллопиевыхъ трубъ, 1888.—Д-ръ Юраевскій, Газообмѣнъ и теплопроизводство подъ вліяніемъ отравленія желѣзно-кислыми солями.—Д-ръ Коляго, Къ патологической анатоміи гортани при брюшномъ тифѣ, 1888.—Д-ръ Еськова, Матеріалы къ фармакологіи амиленгидрата, 1888.—Д-ръ Рославскій, Къ распознаванію и леченію креозотомъ бугорчатого заболѣванія легкихъ, 1888.—Д-ръ Живописцевъ, Матеріалы къ изученію корня Hydrastis Canadensis въ фармакогностическомъ, клиническомъ и фармакологическомъ отношеніяхъ, 1888.—Д-ръ Замшица, Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи, 1888.—Д-ръ Тетровъ, О радикальномъ хирургическомъ леченіи рака матки, 1888.—Д-ръ Воиновъ, Къ вопросу о вліяніи antipyretica на теченіе сахарнаго діабета, 1888.—Д-ръ Сербскій, Объ острыхъ формахъ умопомѣшательства.—Д-ръ Сербскій, Формы психическаго разстройства описываемыя подъ именемъ кататоніи.—Prof. Seppilli, La terapia suggestiva delle malattie mentali, 1890.—Prof. Babiniski, Paraplegie flasque par compersion de la moelle.—Проф. И. Н. Оболенскій, О леченіи туберкулеза лимфой и по методу проф. Роберта Коха, 1891.—Д-ръ Перфиловъ, Что такое дѣти, трудныя въ воспитательномъ отношеніи.—Dr A. Merklin, Subcutane infusion von Kochsalzlösung beim Collapsus nach Abstinenz in acuter Psychose. — Verhandlungen des naturhistorisch-medicinischen Vereins zu Heidelberg, 1891.—Сборникъ Харьковскаго историко-физиологическаго общества, т. III.—Д-ръ Захаржевскій, Къ вопросу о положеніи пирамидныхъ путей въ спинномъ мозгу, 1891.—Д-ръ Барменевъ, Къ вопросу о распредѣленіи нервовъ въ стѣнкахъ тонкихъ кишекъ, 1891.—Dr Krauss, Muscular Atrophies: A clinico-pathological Study.—Dr Stricker, Die Behandlung der Nervenkrankheiten, 1891.—Tuckey, Psycho-Therapeutics, 1890.—Prof. Gowers, Medical ophthalmoscopy, 1890.—Dr Resenbach, Ueber psychische Therapie innerer Krankheiten, 1890.—Dr Frenkel, Etude prycho-pathologique sur l'automatisme dans l'epilepsie et c., 1890.—Prof. Jaksch, Ueber die klinische Bedeutung des Vorkommens von Harnsäure mit Xanthinbasen im Blute, den Exsudaten und Transsudaten, 1891.—Д-ръ Н. П. Каменевъ, Положеніе о больницахъ для душевно-больныхъ.—Dr. Fessler, Klinisch-experimentelle Studien über Chirurgische Infektionskrankheiten, 1891.—Д-ръ П. Викторовъ, Табетическія заболѣванія суставовъ и ихъ отношенія къ типической формѣ.—Dr. Francesco Aveta, Contributo alle idee fisse, 1890.—Д-ръ Э. Ф. Беллиж, Наблюденія и опыты надъ омыленіемъ труповъ—образованіемъ въ нихъ жировоска, 1890.—Проф. С. Д. Костюринъ, Ка вопросу о вліяніи подкожнаго впрыскиванія Brown-Sequard'овской вытяжки на лицъ средняго возраста и стариковъ, 1890.—Проф. С. Д. Костюринъ, О сравнительномъ дѣйствіи на животныхъ гнилостныхъ и бугорковыхъ токсиновъ и о вліяніи ихъ на теченіе экспериментальной бугорчатки, 1891.—Проф. В. Ф. Чижъ, Нравственность душевно-больныхъ, 1891.—Проф. Я. А. Амфиловъ, Современные способы измѣренія электрическихъ токовъ.



116.—*Dr. Macpherson*, Меланхолія и манія, 116.—*Dr. Oliver*, Анализъ моторныхъ явленій окулярнаго аппарата у тупоумныхъ, эпилептиковъ и прогрессивныхъ паралитиковъ во второмъ періодѣ, 119.—*Dr. Wey*, Физическое воспитаніе, какъ средство психическаго исправленія, 120.—*Dr. Bruch*, О необходимости женщинъ врачей въ заведеніяхъ для душевно-больныхъ, 120.—*Dr. Waller*, Физиологическая продолжительность явленій сухожильнаго рефлекса, 120.—*Dr. Geo. T. Kemp*, Патологическія измѣненія при хроническомъ алкоголизмѣ, 121.—*Arthur Hanan*, Кретинизмъ и микседема, 123.—*Dr. Folsom*, Начальный стадій прогрессивнаго паралича, 124.—*Dr. Bancroft*, Автоматическія мускулярныя движенія у душевно-больныхъ, 125.—*Prof. Byrom Bramwell*, Случай общаго паралича, излеченный антисифилитическимъ леченіемъ, 126.—*Dr. Bissel*, Два случая эпилептиформныхъ конвульсій въ раннемъ возрастѣ 127.—*Dr. Henry*, Случай микседематозной дистрофіи, 127.—*Dr. John Bullen*, Патологическая гистологія случая сифилитической эпилептической идіотіи, 127.—*Dr. Zacher*, О двухъ случаяхъ остраго паралича, 129.—*Dr. Stern*, О состояніи вѣса тѣла при различныхъ психозахъ, 135.—*Dr. Hugo Gellhorn*, Галлюцинаціи при паралитической деменціи, 136.—*Dr. Peyer*, Неполное половое совокупленіе и его послѣдствія, 137.—*Prof. Pick*, О совмѣстномъ появленіи акромегаліи и душевнаго расстройства, 137.—*Dr. Schlöss*, О передачѣ психозовъ, 138.—*Dr. Merklin*, Подкожное впрыскиваніе раствора поваренной соли при коллапсѣ отъ возбужденія въ остромъ психозѣ, 139.—*Dr. Zagari*, Объ измѣненіяхъ въ зрительныхъ буграхъ при прогрессивномъ параличѣ, 140.—*Dr. Lissauer*, Измѣненія зрительныхъ бугровъ при прогрессивномъ параличѣ, 142.—*Dr. Burckhardt*, Объ эксцизіяхъ мозговой коры, какъ дополненіе къ оперативной терапіи психозовъ, 143.—*Dr. Büttner*, О прокурсивной эпилепсіи и значеніи явленія бѣга, 147.—*Dr. Merklin*, Объ отношеніяхъ насильственныхъ представленій къ параноѣ, 148.—*Prof. Hammond*, Астазія-абазія, 149.—Смѣсь, 150.

---

Дозволено цензурою. Харьковъ, 11-го Мая 1891 года.

Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи“.

Ново-Чернышевская № 1.

**МОЖНО ИМѢТЬ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:**

Проф. П. И. Ковалевскій, *Сифилисъ мозга и его леченіе*, 1891. Ц. 1 р.

*Леченіе душевныхъ и нервныхъ болѣзней*. Изд. 2-е. 1889. Ц. 2 р.

*Эпилепсія*, 1889. Ц. 1 р.

*Хорея и хореическое сумашествіе*, 1890. Ц. 50 к.

*Пьянство, его причины и леченіе*. Изд. 2, 1889. Ц. 50 к.

*Основы механизма душевной дѣят.* Изд. 2-е исправл. и дополн. Ц. 1 р.

*Положеніе душевно-болѣзныхъ въ Россійской Имперіи*. Ц. 50 к.

*Психіатрія*, 2 т. I-й томъ—общая психопатологія, II-й томъ—спеціальная психіатрія. Изд. 4-е. Ц. 4 р.

*Судебно-психіатрическіе анализы (для медиковъ и юристовъ)* 2-й т., изд. 2-е. Ц. 4. р. 50 к.

*Первичное помѣшательство (для медиковъ и юристовъ)*. Ц. 1 р. 50 к.

Prof Meunert, *Клиническія лекціи по психіатріи*, пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 1 р. 50 к.

Dr. Morel, *Электротерапія при душевныхъ болѣзняхъ*, перев. А. Н. Герстфельдъ. 1889. Ц. 40 к.

Prof. Binswanger, *Сумашествіе и преступленіе*. Перев. А. Н. Герстфельдъ и О. Н. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889. Ц. 80 к.

Kerr, *Пьянство, его причины, леченіе и судебно-медицинское значеніе*. Пер. К. Н. Ковалевской и М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889 г. Ц. 2 р.

D-r Löwenfeld. *Современныя способы леченія истеріи и нейрастеніи*. Перев. Н. И. Мухина подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889 г. Ц. 1 р.

Dr Cullere, *Границы сумашествія (Les frontières de la folie)*. Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго 1889. Ц. 1 р. 50 к.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступкою отъ 20 до 50%.

Dr Cullere, *Гигіена нервныхъ людей и нейропатолог.* Пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Remak, *Электродіагностика и электротерапія*. Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакц. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р.

Scholz, *Діететика духа*. Пер. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Richet, *Истерио-эпилепсія*. Перев. подъ редакц. проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. Ц. 5 р.

Byrom Bramwell, *Болезнь спинного мозга*. Пер. М. А. Шульгина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 5 р.

Meunert, *Психіатрія*. Переводъ М. Е. Ліона, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго Ц. 3 р.

Prof. Gowers, *Болезни головного мозга* пер. А. А. Говсѣва, подъ редакціей проф. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.

Prof. Charcot, *Лекціи по нервнымъ болѣзнямъ*. Перев. подъ редакціей проф. Ковалевскаго. Ц. 1. р.

Hammond, *Половое безсиліе у мужчинъ*. Пер. А. А. Говсѣва, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Изд. 2-е, дополненное стат. Prof. Uitzmann'a: объ онанизмѣ, безплодіи, полиціяхъ и др. Ц. 2 р.

Thudichum. *Физиологическая химія головного мозга*. Переводъ М. Е. Ліона. Ц. 2 р.

Robert von Pfungen, *О разстройствѣхъ ассоціацій*. Перев. М. Е. Ліона. Ц. 1 р.

Dr Pierson, *Компендіумъ нервныхъ болѣзней*. Переводъ Н. И. Мухина подъ редакціей П. И. Ковалевскаго. Въ изящномъ переплетѣ. 1889 г. Ц. 1 руб. 50 коп.









Aug 9 - 1939



